

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS
CARDIOVASCULARES A TRAVÉS DE LA PROMOCIÓN DE
COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, DIRIGIDA A USUARIOS DE
CONSULTA PRIORITARIA DE COOMEVA Y CONSULTA EXTERNA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, 2011**



LAURA MARCELA PÉREZ ESTRADA

CÓDIGO: 200020809

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO

UNIVERSIDAD DEL NORTE

DIVISIÓN DE HUMANIDADES

2011

AGRADECIMIENTOS

Este documento es fruto de mi esfuerzo, dedicación y arduo trabajo, y lo dedico a aquellos que me han apoyado y acompañado en el cumplimiento de este nuevo e importante escalón en mi desarrollo personal.

Gracias a Dios por darme la fuerza y el ánimo necesario para culminar este trabajo. Además, por permitirme ir de su mano durante más de veintidós años de vida.

Gracias a mis padres por todo su apoyo y ayuda para el éxito de este proyecto, de mi carrera y a lo largo de mi vida. Gracias a ustedes soy una profesional.

Gracias a mi novio, Joan Peralta, por estar conmigo en este caminar, por darme siempre ánimos y pensar que podría hacerlo, cuando yo no lo creía.

Gracias a mi tía, Verónica Pérez, por aportar también al éxito de esta investigación, su ayuda fue invaluable.

Gracias al profesor Jesús Arroyave, por su apoyo y optimismo durante todo el proceso.

Finalmente puedo escribir: ¡LO LOGRÉ!

TABLA DE CONTENIDO

<i>CAPÍTULO I</i>	8
1.1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4. JUSTIFICACIÓN	15
<i>CAPÍTULO II</i>	18
2.1. MARCO REFERENCIAL	18
2.1.1. COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD	18
2.1.2. CREENCIAS EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	21
2.1.2.1. Conceptualización del Modelo de Creencias en Salud.....	21
2.1.2.2. Componentes y dimensiones del modelo.....	23
2.1.2.3. La adopción del cambio.....	24
2.1.2.4. Determinantes de la salud	26
2.1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	27
2.1.4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	30
2.1.4.1. Antecedentes familiares y personales	32
2.1.4.2. Hipertensión arterial	33
2.1.4.3. Tabaquismo.....	34
2.1.4.4. Enfermedades renales.....	34
2.1.4.5. Diabetes	35
2.1.4.6. Obesidad	36
2.1.4.7. Estilos de vida.....	37
2.1.4.8. Colesterol total y colesterol LDL elevados	38
2.1.5. POLÍTICAS DE PROMOCIÓN EN SALUD	39
2.1.5.1. Políticas de salud pública a nivel internacional.....	39
2.1.5.2. Políticas de Salud Pública a nivel nacional.	42

2.1.5.3. Estrategias locales para la promoción de la salud y la calidad de vida.....	45
2.1.6. ESTADO DEL ARTE	46
2.1.7. PREGUNTAS ORIENTADORAS.....	50
<i>CAPÍTULO III.....</i>	<i>51</i>
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
3.1.1. TIPO DE ESTUDIO	51
3.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
3.1.2.1. Población.....	52
3.1.2.2. Muestra	52
3.1.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	52
3.1.3.1 Encuesta	53
3.1.3.2. Observación.....	54
3.1.3.3. Entrevistas.....	55
3.2. RESULTADOS	57
3.2.1. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y DE RIESGO, DE LOS USUARIOS DE CONSULTA PRIORITARIA DE COOMEVA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE?	57
3.2.1.1. Sociodemográficas:	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1.2. De Riesgo:.....	58
3.2.2. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y CONSULTA PRIORITARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE? 60	
3.2.3. ¿CUÁLES SON LAS CONDUCTAS QUE ASUMEN LA POBLACIÓN ESTUDIADA PARA CONTRARRESTAR LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?.....	62
3.2.4. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ZONAS DE ESPERA? ¿CUÁL ES EL COMPORTAMIENTO Y DISPOSICIÓN EMOCIONAL DE LOS USUARIOS DURANTE LA ESPERA? ...	63
3.2.4.1. Distribución y ambiente físico.....	63
3.2.4.2. Características de la población y patrones de relación.....	66
3.2.5. ¿CUÁLES SON CARACTERÍSTICAS DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE?	68
3.2.5.1. Antecedentes de los programas de Promoción.....	68
3.2.5.2. Manejo actual de los Programas de Promoción y Prevención (P y P)	69
3.2.5.3. Expectativas frente a la promoción y prevención.....	70
3.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	72

3.3.1 SOCIODEMOGRAFÍA	72
3.3.2. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO	73
3.3.2.1. Obesidad	73
3.3.2.2. Antecedentes personales y familiares	74
3.3.3 NIVEL DE CONOCIMIENTO	75
3.3.3.1. Hipertensión arterial	76
3.3.3.2. Diabetes	77
3.3.3.3. Tabaquismo	77
3.3.3.4. Enfermedades renales.....	78
3.3.4. COMPORTAMIENTO DE RIESGO.....	79
3.3.5. LA ADOPCIÓN DEL CAMBIO	81
3.4. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN.....	83
3.4.1 CONFIGURACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	85
3.4.2. IMPLEMENTACIÓN	87
3.4.2.1. Seguimiento	88
3.4.3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	88
4. CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA.....	92
ANEXOS	98
ANEXO 1. ENCUESTA	99
ANEXO 2. REGISTRO DE OBSERVACIÓN	105
ANEXO 3. ENTREVISTAS: PREGUNTAS INICIALES.	106
ANEXO 4. TABLA DE CONTEO	110
ANEXO 5. CARTILLA	113
ANEXO 6. AFICHES.....	117

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Medición de Índice de Masa Corporal de la muestra	61
Gráfico 2. Reporte de hábitos nocivos de la muestra.	62
Gráfica 3. Consideración de momento oportuno para la prevención.	64
Gráfica 4. Actitud frente al Riesgo Cardiovascular	66
Gráfica 5. Nivel de información acerca de enfermedades cardíacas.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Creencias en Salud	24
Figura 2: Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas	32
Figura 3. Distribución física Sala y Zonas de Espera de Consulta Externa	67

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y otras entidades han centrado sus esfuerzos en la promoción de la salud como una medida para contrarrestar los efectos del subdesarrollo, la pobreza y la desigualdad. Para ello ha sido necesario seguir una serie de lineamientos que contribuyan a mejorar las condiciones de vida.

El objetivo de este proyecto es obtener los insumos necesarios para el planteamiento de una estrategia de comunicación que contribuya a la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes de Consulta Prioritaria y Consulta Externa atendidos en el Hospital Universidad del Norte, a través de la promoción de comportamientos saludables. Es un estudio social, de corte transversal, de campo, exploratorio, descriptivo y no experimental; en el que fueron utilizadas las técnicas de recolección de los datos que habrían de ser analizados posteriormente, éstas fueron: encuestas, observación y entrevistas. Por otro lado, en el desarrollo del proyecto se exploraron los conceptos de comunicación y educación en salud, creencias en salud, determinantes sociales de la salud, promoción de la salud y factores de riesgo cardiovascular, con el fin de obtener la información necesaria para consolidar el marco bajo el cual ha de formularse la estrategia.

La comunicación es vital en la relación entre los usuarios y el sistema de salud e importante para el control de los riesgos sanitarios, con el fin de garantizar que el individuo goce de las condiciones óptimas de vida que le permitan desarrollar libremente su potencial; al ser las personas nuestros sujetos de estudio, se requiere que la acción sea intersectorial. Este es un esfuerzo por aportar, desde la comunicación, a esta

iniciativa mundial para la reducción de las brechas que limitan a aquellos que viven al margen de la sociedad; de esta forma se acercará al individuo al conocimiento que le permita desarrollar las actitudes necesarias para garantizar la calidad de su estado de salud. Además, se contribuirá al quehacer del HUN en materia de promoción de la salud y prevención de riesgos, en este caso y debido a las exigencias del entorno, de tipo cardiovascular.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se han generado una serie de políticas y lineamientos relacionados con el riesgo cardiovascular; asimismo, diferentes estrategias que cuentan siempre con el apoyo de los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas iniciativas demuestran la importancia de la promoción de la salud en el contexto nacional, como una forma de disminuir el impacto de los daños prevenibles que perjudican el estado de salud a largo plazo o de forma irreversible.

El Hospital Universidad del Norte (HUN) se ubica en el Municipio de Soledad, en un punto clave entre Barranquilla, Soledad y los municipios aledaños a la carretera Oriental, sobre la autopista al Aeropuerto Ernesto Cortissoz, y en su área de influencia comprende el sur oriente de Barranquilla. En estas localidades el estrato dos es el predominante y el acceso a la educación superior es limitado.

Debido a los determinantes sociales que influyen en el estilo de vida de la población; la incidencia de morbilidad y mortalidad por daños en el corazón y el sistema circulatorio, la carga de salud relacionada a condiciones médicas, síndromes, enfermedades, y demás anomalías de tipo cardíaco es alta. Los datos obtenidos por medio de la consulta de base de datos, estadísticas e investigaciones previas apuntan a la necesidad de promover comportamientos saludables en las poblaciones aledañas al HUN.

En un análisis de la situación de salud realizado entre los años 2004 y 2005, algunos de los resultados arrojaron que en cuestión de morbilidad en el municipio de Soledad, localidad donde se ubica el HUN, la primera causa (con una incidencia del 5,66%) es la hipertensión arterial; siendo, además, la tercera en el departamento del Atlántico (Navarro, et al., 2008). En el 2004 se reportó como la principal causa de morbilidad en adultos mayores de 45 años (con un porcentaje de 15,08% en adultos de 45 a 59 años, y otro de 26,32% entre mayores de 60 años) en el departamento (DANE, 2005).

En el municipio de Soledad la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón; con una ocurrencia de 22,03%, la tercera son las enfermedades cerebro cardiovasculares con 6,15%, la cuarta es diabetes mellitus con 4,15%, la quinta insuficiencia cardíaca y la sexta enfermedades hipertensivas, ambas con una ocurrencia de 3,29% (Navarro, et al., 2008). Lo anterior representa una ocurrencia del 38,91% para enfermedades asociadas al sistema cardiovascular.

Ampliando la perspectiva desde el municipio de Soledad al departamento del Atlántico, se puede afirmar que entre las primeras causas de mortalidad en el territorio se

hallan enfermedades de tipo cardiovascular. La de mayor ocurrencia es la enfermedad isquémica del corazón con un 19,23%, el tercer lugar lo ocupan las enfermedades cerebro cardiovasculares con un 7,15%; el cuarto, la insuficiencia cardiaca con 3,86%; el quinto, las enfermedades hipertensivas con 3,65%; y el sexto, la diabetes mellitus con un 3,45% (Navarro, et al., 2008); es decir, que el porcentaje total de mortalidad causada por enfermedad cardiovascular fue de 37,34%.

A partir de las anteriores cifras se da por sentado que la incidencia de enfermedad relacionada al sistema cardiovascular debe ser tratada en Soledad y demás municipios del departamento del Atlántico desde todos los niveles de atención en salud. En el caso específico de Soledad, además del riesgo por antecedentes estadístico se suman los efectos de los determinantes sociales que impiden un estado óptimo de salud en los individuos.

En relación a los aspectos socio demográficos de este municipio cabe mencionar que el 39,1% de la población vive en estrato 1 (bajo bajo), el 39% en estrato 2 (bajo) y el 21,9% en estrato 3 (medio bajo), y no cuenta con estratos 4, 5 y 6 (Secretaría Local de Salud, 2008); lo que nos indica que un 78,1% de la población vive en estratos bajos. Por otro lado, el 99,3% de la población accede al servicio de Energía Eléctrica, el 84,5% al de alcantarillado, el 82,2% al de acueducto y el 85,7% al de gas natural (DANE, 2005); es decir que, en promedio, 87,93 % de la población accede a servicios básicos de vivienda.

En el caso de Soledad, por ejemplo, de los 455.796 habitantes registrados en el Censo del DANE de 2005 (DANE, 2005) se estima que, en el 2008, 236.627 de éstos estaban afiliados a 8 Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) (Secretaría Local de Salud, 2008), representando una proporción del 51,92%. Cabe destacar que los servicios ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen subsidiado (POS – S) no son los mismos que contempla el régimen contributivo; es decir, el porcentaje afiliado al régimen subsidiado tienen menor oportunidad de acceder a la salud.

Actualmente la única institución prestadora de servicios de salud de carácter público es el Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad (llamado “Hospital de Soledad”), en donde se brinda una atención integral en salud de primer nivel de complejidad, y cuenta con seis puestos de salud ubicados en diferentes barrios del municipio (Secretaría Local de Salud, 2008).

Dicha IPS, cuenta con 5 consultorios para la ejecución y atención de programas de promoción y prevención, cinco puestos de vacunación fijos y un equipo móvil con 23 vacunadoras. Por ser un hospital de primer nivel es necesario que se diseñen y ejecuten

programas de Promoción y Prevención (PyP). Algunas de las políticas establecidas en el Plan Territorial de Salud del Municipio de Soledad apuntan al tamizaje como medida de detección temprana, asimismo a la identificación y seguimiento de población en riesgo de enfermedad crónica (Secretaría Local de Salud, 2008); no se establecen medidas concretas relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas cardiovasculares. La disminución del impacto de los determinantes sociales en la población de mayor vulnerabilidad se requiere promover la modificación de hábitos, actitudes y estilos de vida individuales y/o grupales que le impiden a los afectados gozar de un estado idóneo de salud.

En el 2005, el 28,7% de la población residente en Soledad había cursado estudios hasta la básica primaria; el 39,25, media academia; el 6,4%, superior, y el 0,2% de postgrado y la población residente sin ningún nivel educativo era 6,9% (DANE, 2005). Lo anterior indica que el 74, 85% de la población no había accedido a la educación superior, es decir, que no tuvieron la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades que aumentaría la probabilidad de mejorar sus condiciones de vida, ni a espacios de discusión en donde se tratarían temas como el análisis del progreso, el desarrollo, mecanismos de adopción de decisiones, uso de la conciencia analítica, el razonamiento, etc.

La probabilidad de que se ejecute una acción para la prevención de la enfermedad está relacionada con procesos previos de adquisición de conocimiento. Entonces la ausencia de experiencias de educación en salud y de oportunidades para fortalecer aptitudes personales para la toma de control de la situación individual de salud impide que se llegue a tomar la decisión del cambio favorable. Pues, tal como se explicará en el marco teórico, dicho saber incentiva la percepción de la susceptibilidad y severidad de riesgos de la salud como amenazas, contribuyendo de esta forma a la detección temprana de enfermedades.

De acuerdo a los datos establecidos con anteriormente podemos afirmar que el desarrollo del empoderamiento en salud de la mayoría de los habitantes del municipio de Soledad se ve limitado por la incidencia de determinantes de la salud, que radican en el poco acceso y baja calidad de este tipo de servicio, los niveles bajos de ingresos y bienes, poco acceso a la educación y malas condiciones de vida en la población. Sumado a estos factores, las barreras percibidas por los individuos también se oponen a la ejecución de conductas saludables y disminuyen su capacidad para adquirir y sostener comportamientos preventivos.

Un ejemplo de cómo la adopción de conductas dañinas para la salud puede influenciar la ocurrencia de la mortalidad por enfermedad cardiovascular es el siguiente: El método más efectivo para mantener los niveles de colesterol bajo control es la buena

alimentación (Libby, et al., 2001), lo que además contribuye al control de la obesidad, que es un factor de riesgo de hipertensión, aumento de los niveles del colesterol y LDL, disminución del HDL; y disminuye la probabilidad de padecer diabetes tipo 2 y la aparición de efectos adversos sobre los triglicéridos (Ventura, 2006). Por otro lado, el colesterol elevado, predispone a la aparición temprana de infartos, debido a la debilitación y pérdida de la elasticidad de los vasos sanguíneos por sobrepeso (Galván, 2010). En conclusión son muchos los daños a la salud que se podrían evitar si la población estudiada tuviese el conocimiento necesario para diseñar dietas saludables de acuerdo a sus recursos económicos.

Otro de los problemas es el incumplimiento de las políticas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública; algunas de ellas son: la promoción de entornos saludables en la población y en los servicios de salud, la promoción del uso oportuno de los servicios de salud, del desarrollo integral de los individuos y de la adopción de estilos de vida saludable (Ministerio de la Protección Social, 2007). El trabajo real y efectivo sobre éstas incidiría en la disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Secretaría Local de Salud, 2008).

Debido a las características sociodemográficas y la existencia de determinantes sociales de la salud, en especial el relacionado a las carencias en el acceso a la educación, influyen en el reporte de elevadas cifras de morbilidad y mortalidad relacionadas al sistema cardiovascular; las cuales se podrían disminuir a través de la adopción de comportamientos saludables.

1. 3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Elaborar una estrategia de comunicación que contribuya a la promoción de comportamientos saludables para la prevención del riesgo cardiovascular entre usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y Consulta Externa atendidos en las instalaciones del Hospital Universidad del Norte

1. 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el conocimiento y el comportamiento de riesgo de los usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y Consulta Externa atendidos en las instalaciones del Hospital Universidad del Norte en relación a la prevención del riesgo cardiovascular con el fin de obtener los insumos necesarios para establecer una estrategia de comunicación.
- Caracterizar el comportamiento, patrones de relación y disposición emocional de los usuarios durante su permanencia en las zonas de espera de Consulta Externa del Hospital Universidad del Norte
- Caracterizar los programas de promoción y prevención relacionados con el riesgo cardiovascular del Hospital Universidad del Norte, sus antecedentes, estructura, frecuencia de ejecución, etc.
- Diseñar dos productos comunicativos con el objetivo promover los comportamientos saludables en la población.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La comunicación juega un papel importante en todos los niveles de las relaciones que establecen los sujetos entre sí y con su entorno. Por ello, es vital en la relación entre los usuarios y el sistema de salud al cual deben recurrir, e importante para el desarrollo de programas de prevención de riesgo en todos los niveles de atención. El control de los riesgos de salud es necesario para que el individuo goce de las condiciones básicas de bienestar que le permitan desarrollarse a plenitud.

El objetivo principal de cualquier estrategia de comunicación en salud debería estar asociado a la prevención y reducción de la carga de enfermedades crónicas; en este caso y de acuerdo a los factores de riesgo hallados en la comunidad, las de tipo cardiovascular. De igual forma, deberían incentivar el deseo de prevenir la enfermedad a través de la adopción de un conjunto de comportamientos saludables para lograrlo.

Sanabria (2007, pág. 3) señala que es posible hacer realidad la salud y el desarrollo humano sostenible a través de la comunicación, pues “... es una herramienta importante para los cambios de comportamiento y estos a su vez, un punto de mira de la Promoción de Salud.” También señala que a pesar de que abundan textos académicos que tratan experiencias en la materia, los ejecutores de estrategias de comunicación en salud, en algunas oportunidades, la equiparan con una actividad puntual (repartición de volantes, cartillas, transmisión de videos, cuñas, etc.), las cuales “no se insertan de forma coherente en una estrategia de acción particular, lo que prueba que existen limitaciones en este campo del conocimiento.” (pág.3)

Uno de los enfoques estratégicos de las políticas planteadas en el documento *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*, publicado por la Organización Panamericana para la Salud, es el fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención de dichas enfermedades. (OPS, 2007). Por otro lado, en la declaración producida en el marco de la 4ª Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, se estableció la necesidad de que los centros de educación superior apoyen la construcción y fortalecimiento de capacidades en materia de promoción y educación para la salud desde la formación de estudiantes (Sanabria, 2007).

Entre las políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (antiguo Ministerio de Protección Social) se han incluido la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños de salud. Por otro parte, las estrategias de prevención de riesgo direccionadas desde el Ministerio, en cumplimiento con el Plan Nacional de Salud Pública, han de ser llevadas a cabo por la nación, las entidades territoriales, entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). El objetivo de estas líneas políticas es minimizar la pérdida de bienestar, evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas de los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Tal como señalan Manzur, et al. (2005) se requiere fomentar políticas en salud para lograr difundir el conocimiento de los factores de riesgo entre la población, pasando más a nivel práctico que teórico. Entre los resultados de su *Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe)* se encontró que las personas conocen los factores de riesgo cardiovascular, pero no ponen en práctica los medios necesarios para enfrentarlos; asimismo, sugiere que se deben reforzar las medidas educativas entre la población para brindar información acerca del por qué abandonar hábitos dañinos, adoptar una buena alimentación y promover el conocimiento que atañe a los riesgos asociados a la edad.

Los comportamientos saludables son un conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir, y descansan sobre el deseo de prevenir la enfermedad y el convencimiento de que su adquisición podría contribuir a la prevención de la enfermedad.

El desarrollo de las aptitudes personales es uno de los objetivos de los programas de prevención de riesgos. Proceso que mejora a medida que se proporcione información, educación y se contribuya al mejoramiento de las competencias necesarias para el empoderamiento de los individuos. Para que el potencial de salud sea alcanzado se debe equipar a los pueblos con las herramientas necesarias para que estos puedan tomar el control de su salud.

Muchos factores de riesgo comportamentales, socio-culturales y del ambiente pueden modificarse, así como varios factores intermedios como la hipertensión arterial, obesidad,

intolerancia a la glucosa y la hiperlipidemia (Manzur, et al., 2005). El reconocimiento de los factores de riesgo y sus enfermedades asociadas es la base conceptual para un abordaje integrado de la enfermedad crónica (Saldarriaga, 2007).

Por ello, el actual proyecto desembocará en la propuesta de una estrategia de comunicación que contribuya a la prevención del riesgo cardiovascular entre usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y consulta externa atendidos en las instalaciones del Hospital Universidad del Norte, a través de la promoción de comportamientos saludables.

Dicha propuesta se acercará al individuo a través del tratamiento de la susceptibilidad y la severidad como dos condiciones necesarias para desencadenar conductas saludables; pues se deben cumplir en la percepción del individuo para que considere la modificación de su comportamiento. La primera consiste en una condición subjetiva que indica la posibilidad de contraer el riesgo de salud, la cual varía de acuerdo a su nivel de vulnerabilidad pensado; y la segunda se refiere a la percepción individual de la gravedad de enfermedades del sistema cardiovascular. (Moreno & Gil, 2003). Además, busca contribuir al quehacer del HUN en materia de promoción de la salud y prevención de riesgos cardiacos; asimismo, contribuirá a la formación de conocimientos básicos entre la población estudiada, cuyos puntos débiles se destacarán luego de la aplicación de los instrumentos diagnósticos.

CAPÍTULO II

En este capítulo se revisan los temas que envuelven el presente estudio, a partir de los cuales se estructuró la metodología, el análisis y demás aspectos a tratar en el presente proyecto de grado. En primera instancia se desarrolla el marco teórico, en donde se teorizó acerca de los conceptos de comunicación y educación en salud; después se revisaron los aspectos conceptuales relacionados a creencias, determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud. Asimismo, dado al interés de la investigación, se examinó información relacionada con factores de riesgo cardiovascular y políticas de promoción en salud.

Luego del marco teórico se revisaron los estudios previos que se han desarrollado en relación con los temas centrales abarcados en el presente proyecto de investigación, especialmente en materia de promoción de la salud y prevención de riesgos desde el área de comunicación. Finalmente, se establecen las preguntas que orientarán dicha investigación.

2.1. MARCO REFERENCIAL

2.1.1. COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

La comunicación es el principal proceso por el que los individuos se relacionan con los sujetos, objetos y situaciones del entorno; por ello, favorece la apropiación de comportamientos, incluyendo aquellos que permitan a las personas gozar de un estado de salud favorable. Además, es inherente al ser humano y es parte esencial de la mayoría de las actividades que desarrolla a lo largo de su vida. Mosquera (2003) argumenta que son numerosos los estudios que han demostrado que “la comunicación en todos los niveles - masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y

en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida” (pág. 1)

La comunicación para la salud se puede definir como

“... el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar” (Comminit, 2004, pág. 2).

Por otro lado, Casas (2008) sostiene que la comunicación para la salud se trata de “... procesos en pos de transformaciones, individuales y colectivas hacia una situación que se considera más favorable, más saludable” (pág.2). Además, proporciona las herramientas necesarias para los procesos de empoderamiento que les permitan reconocerse como seres que conocen, defienden y aplican en su vida actitudes saludables, con el fin de apropiarse de los procesos que median en la consecución de su estado ideal de salud.

La comunicación es vital en todos niveles de atención en salud; ya que

“... puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva” (Mosquera, 2003, pág. 1).

Son varias los textos que podemos encontrar en los portales Web de la Organización Panamericana de la Salud¹ (OPS) y la Organización Mundial de la Salud² (OMS) acerca de la educación y promoción en la salud pública. En cada uno de ellos se determina el marco de validación teórica, las característica de la población a intervenir y las del entorno en donde se desarrollaron, estrategias y acciones de comunicación aplicadas a la salud, así como la descripción de experiencias de implementación de programas y políticas en pos del

1 <http://new.paho.org/hq/>

2 <http://www.who.int/es/>

mejoramiento continuo de la calidad de vida de individuos pertenecientes a regiones vulnerables.

Un objetivo de las estrategias de comunicación es influenciar en las decisiones a nivel individual y colectivo, con el fin de mejorar la salud (Mosquera, 2003). Por otra parte, Casas (2008) argumenta que

“... los objetivos de las acciones son, primordialmente, más que la transformación de la situación de salud o la definición de políticas sanitarias, la modificación de hábitos y adopción de actitudes y conductas individuales y sociales para el logro de objetivos concretos de salud (por ejemplo, habituarse a una alimentación saludable o reducir el consumo de alcohol o tabaco)...” (pág. 9).

La planificación de la comunicación posibilita la transmisión efectiva de información a sujetos o grupos, y permitirá trazar una línea de base para lograr cambios de actitudes y prácticas (Mosquera, 2003) frente a los riesgos de la salud. Un aspecto a tener en cuenta a la hora de plantear una estrategia son los determinantes sociales que influyen en la adopción de comportamientos saludables, pues se debe tener en cuenta qué tan viable es para el sujeto adquirir el hábito propuesto. Casas (2008) plantea un ejemplo de cómo la situación planteada puede afectar el éxito en la implementación de la estrategia:

“... si una acción de comunicación moviliza a una comunidad o público X a favor de hábitos saludables de vida, promocionando el ejercicio físico y una alimentación variada, pero en el contexto de esta comunidad o público existen pocas opciones para el descanso y la recreación, debido a los ritmos de trabajo y la falta de disponibilidad de espacios verdes así como un acceso desigual a los alimentos, y los involucrados en estas acciones no tienen posibilidad de buscar y proponer alternativas o modificaciones viables a esas condiciones de vida, los resultados pueden traducirse, aún cuando las acciones de comunicación hayan sido convocantes, horizontales y transformadoras, en la percepción de que los hábitos de vida saludable son más inaccesibles de lo que parecen” (pág. 14).

La educación es la acción y efecto de dirigir, encaminar y adoctrinar³ que, relacionada a la salud pública, sería definido como un instrumento de los profesionales del campo para

3 Definición en Real Academia de la Lengua Española
http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=EDUCACI%C3%93N

promover y fortalecer en los individuos la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones en asuntos que atañen a su salud, al bienestar de su familia y de la comunidad a la que pertenece. En este sentido, uno de sus objetivos es la modificación favorable de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos y colectividades.

Este tipo de educación fomenta las habilidades personales, autoestima y auto motivación, necesarias para la apropiación de medidas que contribuyan al mejoramiento de la salud. Trabaja con base en la información de los individuos, colectivos y sus respectivos entornos, "... incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo." (Comminit, 2004, pág. 2).

Desde la educación para la salud se designan los espacios de aprendizaje desde los que se facilitarán a los individuos cambios en su comportamiento, con el objetivo de que éstos tomen conciencia de los factores de riesgos a los que están expuestos y de la responsabilidad que tienen sobre su salud (Comminit, 2004). Por ello, se hace necesario plantear estrategias de comunicación que no sean afectadas por la brecha existente entre las poblaciones vulnerables y aquellas cuyo entorno e historia no cuentan con las características necesarias para aumentar la probabilidad de exposición a factores de riesgos determinados desde lo social, lo económico y lo medio ambiental. Pues, como lo plantea Dutta – Bergman (2005, pág. 1):

"Las poblaciones de riesgo más a menudo atrás mientras continúan las campañas de salud que benefician a personas de mejor condición social, lo cual es una evidencia sustancial en los puntos planteados por la teoría en donde de la brecha del conocimiento, alejadas de las campañas de comunicación para la salud, contribuyen a las diferencias existentes entre los ricos y los pobres".

2.1.2. CREENCIAS EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

2.1.2.1. Conceptualización del Modelo de Creencias en Salud

Las creencias ejercen una importante influencia sobre la salud de los individuos. En el caso de salud, como lo señala Mosquera (2003, pág. 3) "... las creencias acerca de la adopción de un comportamiento, los obstáculos y las ventajas del medio ambiente social y natural son importantes en la identificación de un cambio de conducta o práctica". Propone

que las creencias personales influyen de manera significativa en las decisiones relacionadas con la salud; pues “... un estímulo pone en evidencia las creencias de la persona e inicia un proceso de cambio.” (pág. 5).

El Modelo de Creencias en salud está orientado a explicar conductas relacionadas con prevención de enfermedades, usos de servicios de salud, retrasos en búsqueda de cuidados y cumplimiento de recomendaciones médicas. Se basa en seis componentes la severidad (percepción de gravedad), la susceptibilidad (percepción de riesgo/ adaptación del diagnóstico), beneficios y barreras, señales para la acción (consejos, campañas masivas, experiencias enfermedad) y auto-eficacia.

Este modelo fue propuesto, inicialmente, para explicar y predecir el comportamiento de prevención de riesgos en salud, al ser considerado como el resultado de las creencias de los sujetos. Luego, fue aplicado a las respuestas de las personas frente a la aparición de síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas (Moreno & Gil, 2003). Se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, la probabilidad de acción y los factores modificantes (Moreno & Gil, 2003), tal como lo resume la figura:

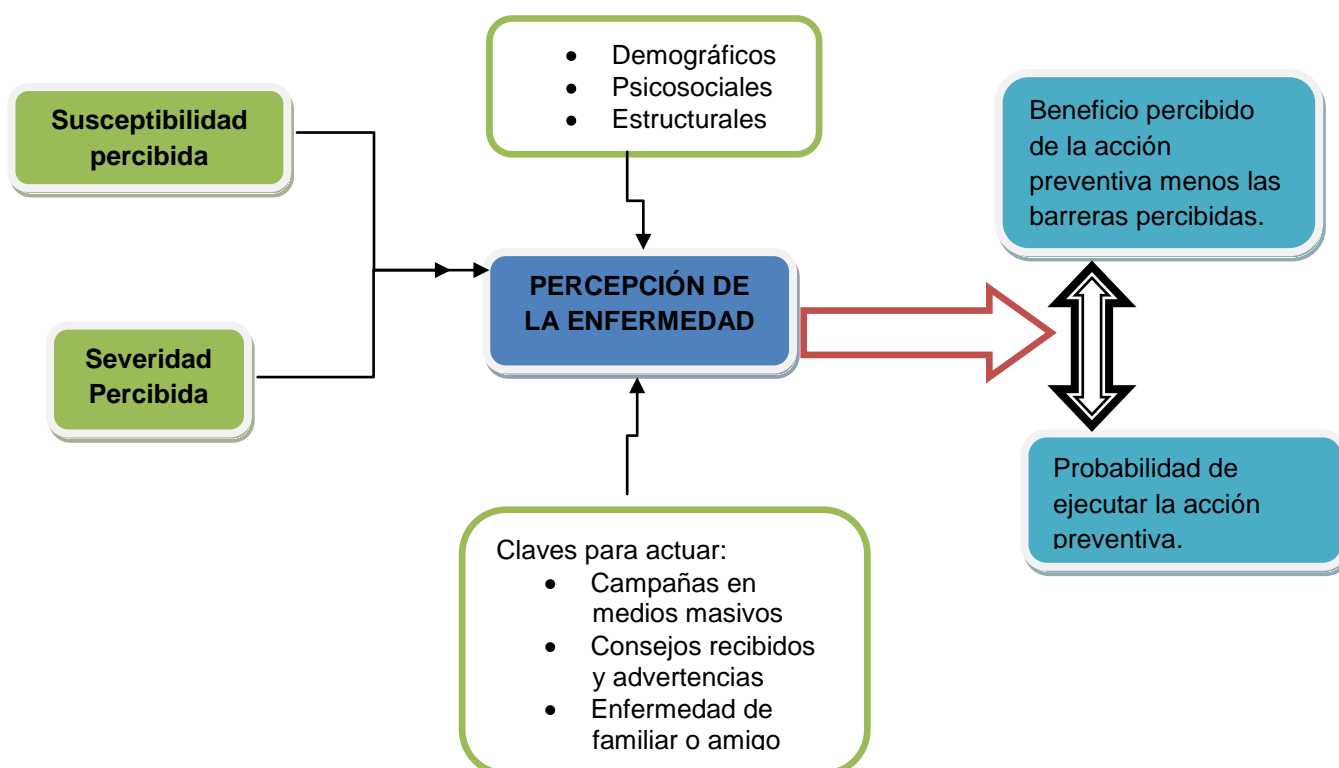


Figura 1. Modelo de Creencias en Salud (Cabrera, et. al, 2001).

2.1.2.2. Componentes y dimensiones del modelo

La susceptibilidad y la severidad son componentes considerados por el individuo a la hora de modificar su comportamiento (Dutta-Bergman, 2005). El primero consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (tuberculosis, cáncer, paludismo, etc.) e incluye el proceso de aceptación del diagnóstico y la estima personal ante las nuevas vulnerabilidades. (Moreno & Gil, 2003).

La percepción de severidad de los sujetos varía de acuerdo al nivel pensado de vulnerabilidad a enfermar, la posibilidad “real” de enfermarse o la certeza del peligro de contraer una enfermedad. Por ello, este componente se refiere, en esencia, a la percepción subjetiva que tiene cada ser individuo sobre sus riesgos en salud (Espinoza, 2004).

Por otro lado, la severidad se refiere a la percepción individual de la gravedad de determinada enfermedad, de su no intervención o del tratamiento cuando se presenta. Esta percepción puede estar relacionada a la enfermedad en particular u a sus efectos físicos, socioeconómicos y mentales que ésta puede causar en la persona (Moreno & Gil, 2003). Contemplando dos consecuencias para la salud: las médicas (muerte, pérdida de capacidades, traumas, dolor, etc.), y las sociales que abarca desde la pérdida de afectos y relaciones (de amistad y familiares) hasta la disminución o pérdida de la capacidad laboral, etc. (Espinoza, 2004).

Se considera que la severidad es un componente de bajo impacto en cuanto a la predicción de cambios de comportamiento en relación a los demás del modelo debido a que se limita a sujetos que presentan síntomas, amenazas inminentes para su salud o experiencias previas relacionadas a condiciones médicas (Cabrera, et al, 2001); no podemos dejar de lado que, aunque estas condiciones pueden influenciar en la percepción de severidad del individuo, no son las únicas condiciones bajo las cuales se ejecuta dicha evaluación personal (Moreno & Gil, 2003). La amenaza percibida es la percepción de susceptibilidad y severidad, y contribuye a la detección temprana de peligros para la salud; se presenta cuando el individuo cree que podría tener la enfermedad aún sin padecer los síntomas (Moreno & Gil, 2003).

La auto-eficiencia es el grado de confianza que tienen los individuos en su capacidad para realizar el comportamiento de salud sugerido, dicha valoración nos permitirá predecir,

positivamente, la adopción del comportamiento preventivo de riesgos (Dutta-Bergman, 2005). Por otro lado, los beneficios son las creencias del individuo respecto a la efectividad de la conducta preventiva propuesta en la reducción de la vulnerabilidad a los resultados negativos. Las señales de acción son los estímulos específicos y necesarios para desencadenar el comportamiento de salud apropiado (Dutta-Bergman, 2005); pueden ser consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad), etc. (Moreno & Gil, 2003).

Las barreras percibidas se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión (Espinoza, 2004) y disminuyen la capacidad del individuo para participar en el comportamiento preventivo; son la evaluación del potencial resultado negativo, significando consecuencias de la promulgación de la conducta de salud. Un ejemplo de este componente es planteado por Gil y Moreno (2003) y lo podemos observar con regular frecuencia: "... un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso" (pág. 6). Los elementos denominados factores modificantes (demográficos, psicosociales y estructurales) pueden influenciar sobre la percepción del individuo y afectar sus conductas de salud (Espinoza, 2004).

El Modelo de Creencias en salud resulta relevante para la presente investigación debido a que propone cómo se estructuran y modifican las creencias que tienen la gente en relación a determinada enfermedad. A través de los conceptos de susceptibilidad, beneficios, barreras, severidad, amenaza y auto-eficiencia se establecen los parámetros que afectan los comportamientos relacionados a la salud.

2.1.2.3. La adopción del cambio

La probabilidad de que se ejecute una acción para evitar la enfermedad es producto de un proceso previo de adquisición de creencias. La primera de ellas es la susceptibilidad a padecerla; segundo, que dicha ocurrencia puede tener consecuencias severas en su vida, y, por último, que el tomar una acción factible y eficaz podría ser benéfico para su estado de salud (Moreno & Gil, 2003).

El primer paso para que los individuos tengan una percepción de susceptibilidad general es el tener referencia o conocer acerca de los riesgos al presentarse determinados

eventos en la salud (Cabrera, et. al, 2001); la cual "... puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad." (Moreno & Gil, 2003). La adopción de comportamientos saludables también puede ser afectada por las consecuencias esperadas luego de la acción, éstos abarcan efectos físicos, beneficios, costos sociales, auto-evaluaciones y demás juicios, positivos o negativos, que se puedan generar; por otra parte, las metas personales proporcionan auto incentivos adicionales y guías para los hábitos de salud. (Mosquera, 2003)

La conducta de los individuos es modificable de acuerdo a dos variables en el área de la salud, la primera de ellas es el deseo de prevenir enfermedades o la recuperación de la salud, y la creencia de que un conjunto de comportamientos saludables específicos puede prevenir la enfermedad o aumentar la probabilidad de recuperar la salud (Espinoza, 2004).

De acuerdo a lo planteado, podría afirmarse que el curso de acción que toman los individuos depende de las creencias que adquieren en relación a la efectividad de las conductas a considerar a la hora de encarar un evento adverso en su estado de salud. Lo que es definido por Gil y Moreno (2004) como "beneficios percibidos". En este sentido la única forma de que un sujeto siga recomendaciones médicas es que esté convencido de que éstas serán eficaces para enfrentar el trastorno.

La aceptación de la susceptibilidad del individuo en relación a una enfermedad que se percibe como severa se considera un elemento capaz de desencadenar conductas saludables (Espinoza, 2004). Los facilitadores y las barreras que las personas conciben en relación al cambio de conducta son otros de los determinantes para los cambios de comportamiento en salud (Mosquera, 2003); los cuales deben interactuar con los demás factores en el proceso de la toma de decisión.

Las personas consideran opciones que representan valores que otorgan a los elementos del modelo, y que se reflejarán en los comportamientos asumidos frente a la salud y/o enfermedad (Espinoza, 2004). Una reflexión al respecto es planteada por Moreno y Gil (2003) en su artículo *El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*.

"Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y

los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo la acción. Pero si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras o de menor severidad; ahora bien, si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede, finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema”. (pág. 6)

Para que un individuo adopte conductas que le ayuden a disminuir los riesgos de su salud se deben tener en cuenta varios aspectos. Uno de ellos es el sentido de agencia personal o auto – eficiencia que les de la confianza necesaria para que ellos puedan, realmente, llevar a cabo la conducta deseada; necesaria para la superación de las barreras que podrían dificultar el proceso: “A menos que la gente crea que puede ejercer algún tipo de control sobre la conducta de salud, tendrían poca iniciativa para actuar o perseverar de cara a las circunstancias” (Mosquera, 2003, pág. 5).

Finalmente, el modelo sugiere que las creencias del sujeto le preparan psicológicamente para actuar al encarar el problema de salud; si la convicción en éstas sobrepasan las barreras percibidas habrá mayor probabilidad de que se ejecute la acción conveniente a la salud. En este sentido, se puede pronosticar la ocurrencia de la adopción de un comportamiento saludable, cuando el sujeto se percibe como susceptible al evento adverso de salud, luego lo valora como grave y considerar que la acción a realizar será beneficiosa para prevenir la enfermedad o recuperar el estado de la salud.

2.1.2.4. Determinantes de la salud

A la hora de entrar a considerar los juicios de valor que se llevan a cabo en los procesos establecidos en el Modelo de Creencias en Salud, explicado ampliamente, es necesario tener en cuenta los factores que influyen en la toma de decisión sobre la posible adopción o no de un comportamiento saludable. Entre dichos factores se encuentran los determinantes sociales.

En el Informe Final de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud “*Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*” (OMS, 2008), se define dichos determinantes sociales como un conjunto de condiciones de vida y condicionantes estructurales que influyen en la salud individual. Algunos de éstos son: el acceso a servicios de salud de baja calidad o a servicios limitados, las desigualdades sanitarias, distribución desigual de poder, ingresos, bienes, y servicios; las visibles injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población y que limitan las probabilidades de tener una vida próspera. Tal como se señala en el informe “esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»” (pág. 5).

Los determinantes sociales influyen sobre la salud, permiten predecir en dónde se halla la mayor proporción de la inequidad sanitaria del estado de salud; por lo tanto, pueden ser usados para establecer el nivel de salud de la población en general. Además, estructuran los comportamientos relacionados con la salud e interactúan mutuamente en su generación (OMS, 2008).

Al plantear estrategias de comunicación, se deben cubrir todos los enfoques y aplicaciones relacionadas con el proceso de informar efectivamente para poder influir en las decisiones a nivel individual y/o colectivo; entre ellos, los determinantes sociales. Lo anterior con el fin de mejorar la salud y generar procesos de participación y movilización social para de intervenir en pos de la disminución de su impacto negativo sobre la salud.

2.1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Carta de Ottawa (OMS, 1986) define la promoción de la salud como fundamental para brindar al individuo las herramientas necesarias para identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su entorno; gracias a ésta “se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud”, (pág. 5). En este sentido plantea que dicha promoción consiste en brindar a las regiones los medios necesarios para mejorar su salud (OMS, 1986). Por otro lado, la promoción de la salud es un concepto positivo, ya que se enfoca en el mejoramiento de ésta en las personas, independientemente de su estado actual (UIPES, 2009).

La promoción de la salud es un proceso político y social que abarca las acciones enfocadas a fortalecer los medios necesarios para el mejoramiento de la salud como derecho, la consolidación de una cultura saludable en la que se involucren a personas, familias, colectivos y la sociedad en su conjunto (Ministerio de la Protección Social, 2007) en pos de la prevención de riesgos.

La Organización Panamericana de la Salud (2007) plantea que la prevención integrada incluye la intervención que prevenga y al mismo tiempo contribuya a la disminución de los factores de riesgo modificables. Por otro lado, el control de dichos factores debe abarcar la prevención, tamizaje y políticas para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos.

La salud es una dimensión importante de la calidad de vida y el principal recurso para obtener el progreso personal, económico y social; su estado en los individuos es afectado por factores del entorno, de índole política, económica, cultural, medio ambiental, conductual y biológico (OMS, 1986). Todas las acciones en este campo deben estar encaminadas a hacer que esas condiciones sean favorables: “Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud” (pág.2).

Para que el potencial de salud sea alcanzado, los pueblos deberán contar con los medios necesarios para asumir el control de todo lo que la determine. Por ello, las políticas de promoción de la salud deben reconocer los obstáculos que impiden la adopción de actitudes y conductas que favorezcan el bienestar buscado (OMS, 1986). Tal como se plantea en la Carta de Ottawa (OMS, 1986, pág. 2) “El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer...”.

La promoción de la salud favorece la intervención de la dimensión social de sus determinantes en los pueblos, ya que, en esencia, tiene una función integradora, intersectorial y de participación social, y no se limita a los actores del sector (UIPES, 2009). Además, se reconoce como una vía para alcanzar niveles de salud deseables para toda la humanidad (Sanabria, 2007) y hace posible la vinculación de los temas de salud con la política económica, social y otros sectores (Ministerio de la Protección Social, 2007). Uno de los objetivos de la promoción de la salud es facilitar la implementación de políticas públicas; las cuales deben ser “... favorables a la salud, evaluadas en términos de impacto sobre la salud, basadas en las necesidades reales de la población, en el abordaje de los determinantes sociales...” (UIPES, 2009, pág. 1).

El desarrollo de las aptitudes personales es uno de los objetivos de los programas de promoción y prevención, y éste es favorecido por el desarrollo personal y social, el cual puede mejorar a medida que se proporcione información y educación en salud y se contribuya al perfeccionamiento de las aptitudes (OMS, 1986) indispensables para el empoderamiento de los individuos con el fin de controlar su propia vida.

El control de los riesgos de salud es importante para que el individuo goce de las condiciones básicas que le permitan desarrollar su potencial personal y profesional a plenitud; ya que influye en el rendimiento, oportunidad, competitividad, etc. Al empoderarse los individuos reconocen que el cuidado de la salud y el sostenimiento del bienestar son un desafío y su mejor inversión; además, se contribuye a la preparación de la población para que afronte la enfermedad.

El aprendizaje, las creencias, las motivaciones, la historia biológica y las influencias sociales son actores que componen las conductas y hábitos que estructuran el estilo de vida de una persona. Tal como lo señala Espinoza (2004): "... establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, como aspiración de la promoción de salud, resulta un reto para nuestra ciencia" (pág. 4). Por lo cual se plantea la necesidad de desarrollar estrategias de educación y comunicación para salud desde la perspectiva intercultural de la salud; las cuales han de ser incluyentes y respetuosas en la búsqueda del mutuo entendimiento y con el fin de establecer un diálogo horizontal de saberes. Dichas estrategias deben priorizar el fortalecimiento del individuo y sus habilidades psicosociales para enfrentar la vida, asimismo, su formación como ciudadano (UIPES, 2009).

La promoción de salud requiere de programas educativos que le den viabilidad a las áreas estratégicas formuladas (Sanabria, 2007). A la hora de diseñar estrategias de comunicación para que favorezcan el desarrollo de programas de promoción, es importante tener en cuenta el componente cultural de los individuos, pues allí en donde se origina y validan sus comportamientos.

La promoción de la salud se extiende a diferentes ámbitos: la educación, los servicios de salud, la investigación, las agendas de decisores y los gobiernos (Sanabria, 2007); los profesionales de la salud, de las ciencias sociales, los entes internacionales de vigilancia y control, etc. Como es señalado por Giraldo, et al. (2010) "... los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas (...) como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables" (pág. 2).

La promoción de la salud es una estrategia básica que desemboca en la adopción de comportamientos saludables, en la adquisición y desarrollo de aptitudes o habilidades que contribuyan a cambios favorables para la salud y el fomento de mejores estilos de vida. Por lo anterior resultó relevante para la investigación, pues se constituye en el punto de apoyo para la socialización de comportamientos saludables que contribuyan a la prevención del riesgo cardiovascular.

2.1.4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Dado que el interés central de la investigación fue plantear una estrategia de comunicación frente a uno de los mayores problemas de salud que aqueja a la población objetivo del HUN, en esta sección se revisarán conceptos importantes relacionados con los factores de riesgo cardiovascular. Para lo cual se establecieron las definiciones básicas, causas y consecuencias de aquellos tenidos en cuenta para el desarrollo del proyecto, éstos son: antecedentes familiares y personales; determinantes médicos como hipertensión arterial, enfermedades renales, diabetes, colesterol total y colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) elevados; algunos aspectos del estilo de vida como el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, mala alimentación, etc.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de riesgo para la salud como un factor que aumenta la probabilidad de sufrir un resultado sanitario adverso (OMS, 2002). Son varios los tipos de riesgo a los que están sometidos los individuos y que pueden desencadenar el desarrollo de enfermedades; sin embargo, son sólo los modificables lo que son objeto de estudio de los esfuerzos relacionados con la prevención de riesgos y enfermedades en el campo de la salud pública.

En relación a las enfermedades cardiovasculares, el concepto de factor de riesgo se refiere a aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos con mayor frecuencia entre los enfermos de cardiopatías de acuerdo a estudios realizados en los últimos años. Se considera que dichos factores permiten identificar al grupo que podría presentar problemas cardiovasculares en los próximos años (Manzur, et al., 2005).

La experiencia se ha recopilado a través de múltiples documentos científicos producto de investigaciones. En el libro *Braunwald. Heartdisease: a textbook of cardiovascular medicine*⁴ se recopila estadística en la que se corrobora la veracidad e incidencia de los

⁴ “Braunwald. Cardiopatía: un libro de texto de medicina cardiovascular”

factores de riesgo cardiovasculares en la población; de hecho, sus autores señalan que hay evidencia sólida y confiable de que la modificación de dichos factores es beneficiosa en materia de morbilidad (Libby, et al., 2001).

Por otro lado, los factores de riesgo son circunstancias detectables en los individuos o en el ambiente que pueden influir negativamente en la probabilidad de padecer un daño en su salud (Ver Figura 2). Los factores de riesgo pueden ser producto de una condición biológica (edad, sexo, grupo étnico) u originado por la condición de vida (estrato socioeconómico, vivienda, ocupación, escolaridad, etc.); y estar relacionados a comportamientos individuales o del estilo de vida. (Galván, 2010)

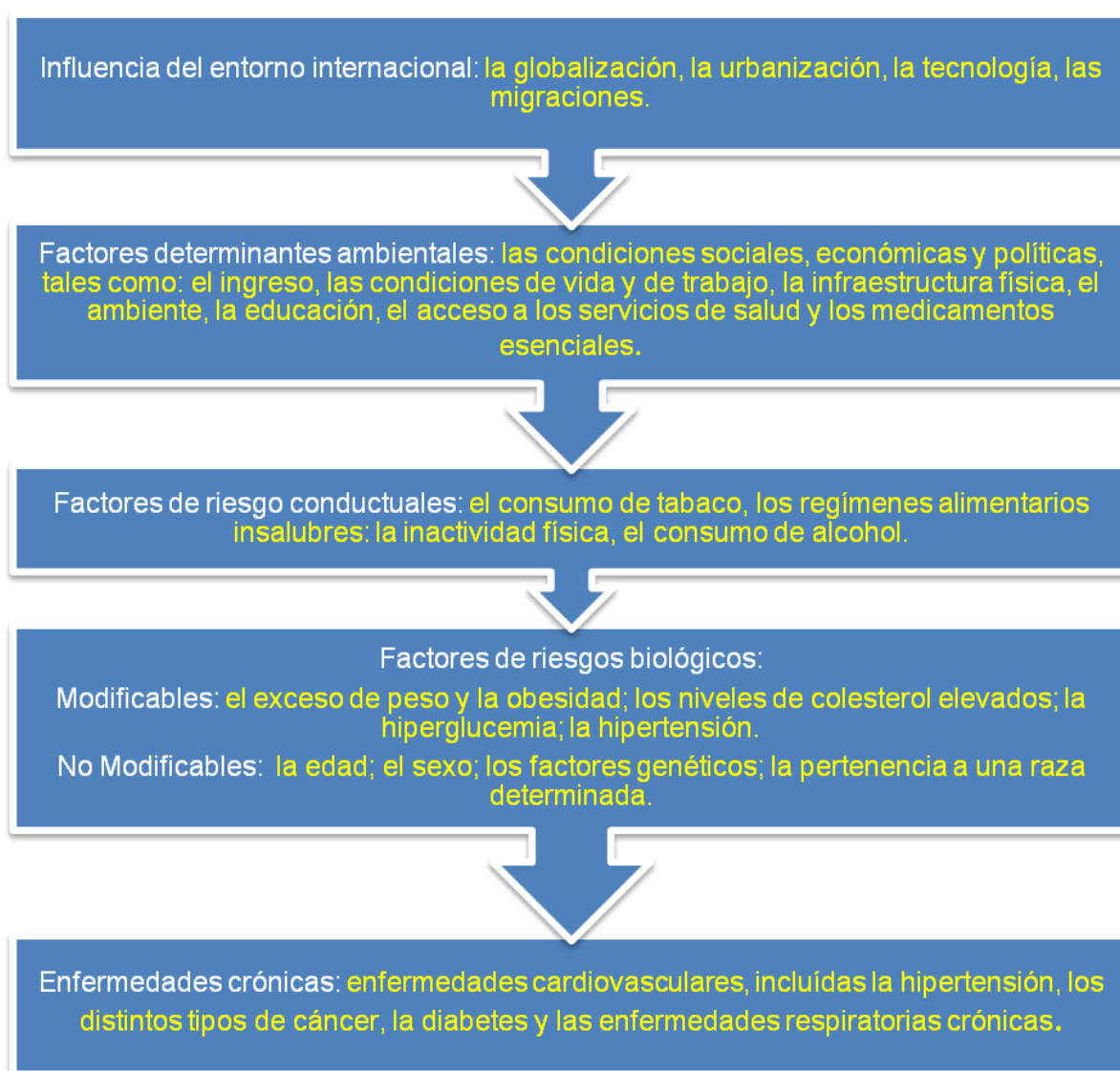


Figura 2: Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas (OMS, 2010).

Existen una serie de riesgos no modificables que integra el riesgo basal del individuo, es decir, aquellas características que han sido determinadas genéticamente. También se hallan los factores modificables que tienen un efecto regulador sobre los aspectos predeterminados (Saldarriaga, 2007). A continuación se conceptualizarán aquellos que resulten relevantes para esta investigación.

2.1.4.1. Antecedentes familiares y personales

Los antecedentes familiares son factores de riesgo no modificables que hacen parte de la historia médica familiar del individuo; por ejemplo, si el paciente reporta familiares cercanos que hayan infartos antes de los 52 años, tiene un riesgo 4 a 8 veces mayor en comparación con personas sin esos antecedentes en la familia (Saldarriaga, 2010). Otro riesgo basal son las características étnicas; el riesgo cardiovascular en individuos de raza morena es dos veces mayor a los blancos con los mismos factores de riesgo personales. Sin embargo, debemos tener en cuenta que “el riesgo absoluto varía entre diferentes poblaciones en forma independiente a los factores de riesgo mayores” (Saldarriaga, 2010, pág. 4).

Otros tipos de factores de riesgo cardiovascular (Moiso (2007) en Galván, 2010) pueden ser de carácter individual y comunitario. Los primeros son:

- Factores de riesgo por antecedentes: la edad, el sexo, el nivel educativo y la composición genética.
- Factores de riesgo comportamentales: fumar, dieta inadecuada, inactividad física.
- Factores de riesgo intermedios: hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial y sobrepeso/obesidad

Los factores de riesgo comunitarios son:

- Las enfermedades sociales y económicas, como la pobreza, el desempleo, la composición familiar.
- El ambiente físico, como el clima y la contaminación atmosférica.
- La cultura, como las prácticas, normas y valores.
- La urbanización que influye en la vivienda y el acceso a los productos y servicios

Los antecedentes personales son factores de riesgo relacionados con las condiciones y estilos de vida y están relacionados con el comportamiento de los individuos. Debido a que

su origen durante el desarrollo de las actividades cotidianas puede ser modificadas al generar cambios en las causas; un ejemplo de ello son los de tipo psicosocial. A pesar de ser considerados como factores de riesgo menores, es evidente la relación entre alteraciones por estrés y aspectos emocionales con la recurrencia de anomalías y accidentes cardiacos, como lo indica Saldarriaga (2007), “es una relación muy compleja donde influye la intensidad del estrés y su duración, la personalidad, la estabilidad psicosocial, el grado de apoyo social y un trasfondo cultural que pueden interactuar y predisponer un evento coronario” (pág. 4).

2.1.4.2. Hipertensión arterial

La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias cuando fluye por ella; esta es generada por los latidos del corazón, encargado de bombear la sangre por todo el cuerpo (Galván, 2010). La hipertensión es producida por el aumento del volumen de sangre, el incremento en la fuerza de bombeo del corazón, la resistencia que las paredes de las arterias pueden oponer al flujo o la influencia de hormonas que producen vasoconstricción⁵

La hipertensión raramente presenta síntomas, puede ser padecida por años sin saberse y es posible que se presente sin factores de riesgo asociados; generalmente se manifiesta cuando está asociada a problemas de salud (enfermedad cardiovascular, cerebro-vascular o insuficiencia renal), algunos de sus síntomas son: mareos, palpitaciones o dolor de cabeza y dolor en el pecho (Galván, 2010). Por ello, tal como se señalan Libby, et al. (2001) en su libro, “la alta tasa de hipertensión desapercibida y por lo tanto no tratada presenta una gran preocupación en los países en desarrollo (...) esto probablemente contribuye a la alta prevalencia de accidente cerebro cardiovascular hemorrágico” (pág. 23).

Por otro lado, la hipertensión, a largo plazo, puede producir daños en los riñones en el caso de que las arterias que lo irrigen se vean afectadas; asimismo, puede producir daño ocular, ya que puede generar la ruptura de capilares en la retina., lo cual puede desembocar en ceguera (Gorostidi, 2004).

⁵ Constricción o estrechamiento de un vaso sanguíneo manifestándose como una disminución de su volumen así como de su estructura.

2.1.4.3. Tabaquismo

El consumo de tabaco es uno de los riesgos cardiovasculares más prevenibles en el mundo, no sólo en el caso de los fumadores, sino en el de los no fumadores. Más de 1,3 millones de personas fuman cigarrillos en todo el mundo y más del 80% del consumo del tabaco se produce en países de mediano y bajos ingreso. Si la tendencia actual permanece se espera que sea una de las principales causas de mortalidad en el mundo (Libby, et al., 2001).

El tabaquismo aumenta el riesgo de padecer de cáncer de pulmón y de la incidencia de enfermedad cardiovascular y vascular periférica, puede provocar irregularidades en la frecuencia cardiaca debido a que acelera el pulso y contrae las principales arterias.; aumentando así el esfuerzo del corazón. Por otro lado, el fumar también aumenta la presión arterial, lo cual puede contribuir a la reincidencia de ataques cerebro vasculares (Galván, 2010).

El humo del tabaco lesiona los vasos sanguíneos, contribuyendo a la acumulación de placas grasas en estos. Asimismo, actúa sobre los niveles de colesterol, aumentando la probabilidad de la formación de coágulos que puedan provocar un ataque al corazón (Galván, 2010) o una trombosis.

2.1.4.4. Enfermedades renales

La función de los riñones es filtrar la sangre para la eliminación de diversos residuos metabólicos del organismo (urea, creatinina, potasio, etc.) a través de la orina, gracias a un sistema de filtración, reacción y excreción que los componen. La enfermedad renal crónica es definida como la existencia sostenida de parámetros que indican daño renal, tales como: aclaramiento de la creatinina, microalbuminuria, etc. (Gorostidi, 2004).

En los últimos años, múltiples estudios de base poblacional han demostrado que existe una relación directa entre la función renal disminuida y la morbilidad cardiovascular; por lo tanto, las personas que padecen enfermedad renal crónica deben ser consideradas pacientes con este riesgo. Gorostidi (2004) señala que desde la academia se han realizado varios estudios que confirman que el riesgo por presencia de proteinuria⁶ en

⁶ La proteinuria es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente, ortostática, monoclonal o de sobrecarga.

los riñones fue superior al causado por otros factores como el consumo de tabaco, la diabetes, o la hipertrofia ventricular izquierda e, incluso, superior al de situaciones de alto riesgo establecido por el antecedente de enfermedad coronaria o de enfermedad arterial periférica. Investigaciones como las de Ventura (2006) confirman que los “los pacientes con una ERC (enfermedad renal crónica) presentan mayor riesgo de eventos coronarios y cerebro vasculares y mayor mortalidad por enfermedad CV (cardiovascular), que los individuos sin ERC” (pág. 12).

2.1.4.5. Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o utilización de la insulina⁷, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre⁸. Disminuye la capacidad del organismo para combatir infecciones y cicatrizar heridas, por lo cual las infecciones serán prolongadas y la cicatrización de heridas tomará más tiempo. Los diabéticos tienen mayor probabilidad de presentar problemas del corazón, riñones, ceguera y enfermedad periodontal⁹.

En relación al riesgo cardiovascular, la diabetes aumenta la probabilidad de padecerlo debido a que afecta los niveles de colesterol y triglicéridos y, generalmente, está asociada al padecimiento de hipertensión arterial y obesidad, los cuales son otros factores de riesgo de enfermedades cardíacas (Galván, 2010). Tal como señala Libby, et al. (2001):

Las crecientes tasas de obesidad, así como una población urbana que envejece, son el vínculo probable a la epidemia de diabetes. Casi el 90% de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados con la obesidad y la diabetes y sus complicaciones son las consecuencias más costosas de la obesidad (pág. 24).

El 90% de las personas con diabetes tiene del tipo 2; de los cuales aproximadamente el 80% viven en países de bajos y medianos ingresos. Por otro lado, se estima que en el

⁷ Hormona segregada por los islotes de Langerhans en el páncreas, que regula la cantidad de glucosa existente en la sangre. Hoy también se obtiene por síntesis química artificial. Real Academia de la Lengua Española: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=insulina

⁸ Real Academia de la Lengua Española: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=diabetes

⁹ La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes.

futuro la tasa de crecimiento de la diabetes estará entre el 105% y el 162% en Asia, América Latina y el Caribe, y África subsahariana, en comparación con la cifra estimada de 72% para Estados Unidos y 32% para Europa (Libby, et al., 2001).

2.1.4.6. Obesidad

La Organización Mundial de la Salud define la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS, 2011). La obesidad es un factor de riesgo modificable que se considera independiente cuando hay un sobrepeso mayor al 30%, es de predominio abdominal y se ha iniciado a los 25 años de edad (Galván, 2010). Para medirla se utiliza el índice de masa, definido como una medida de la situación nutricional utilizada para determinar el estado actual de salud en cuanto a su peso, se obtiene dividiendo el peso (en kilogramos) entre la estatura al cuadrado (m^2). El índice de masa corporal igual o mayor a 25 indica sobrepeso, cuando es igual o mayor a 30 indica obesidad.

Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, más de 1 de cada diez personas adultas en el mundo eran obesas. En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (OMS, 2011).

De acuerdo a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, el problema de la obesidad está en aumento entre los niños de países en desarrollo, cuya tendencia a esta condición es mayor que la de los niños que viven en países desarrollados. En una nota de prensa señala que en los del tercer mundo viven “cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.” (OMS, 2011).

La obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidentes cerebro vasculares), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; además se relaciona con la diabetes y los trastornos del aparato

locomotor (en especial la osteoartritis¹⁰). El riesgo de padecer una de estas enfermedades crece con el aumento de índice de masa corporal (Ventura, 2006).

Por otro lado, la forma típica de la obesidad "... tiende a aumentar la presión arterial y los niveles de colesterol total y LDL y disminuir el HDL (lipoproteínas de alta densidad), predispone a la diabetes tipo 2, tiene efectos adversos sobre los triglicéridos, partículas densas y pequeñas de LDL, resistencia a la insulina y factores protrombóticos." (Saldarriaga, 2007, pág. 4).

2.1.4.7. Estilos de vida

El estilo de vida es definido como una forma de vida basada en patrones de comportamientos identificables, determinado por la combinación de las características personales, sociales, las condiciones socioeconómicas y ambientales de vida, las cuales interactúan y mantienen los modos de vida que podrían aumentar el riesgo cardiovascular. Algunas de estas son los hábitos alimenticios, las adicciones, acceso y calidad de la atención en salud, etc. (Galván, 2010).

La inactividad física es una de esas características del estilo de vida que puede contribuir a que un individuo sea propenso a desarrollar enfermedades cardíacas; sin embargo, es un factor de riesgo modificable. En economías desarrolladas, la prevalencia de esta se constituye en un riesgo atribuible a la población: el cambio de exigencia física por trabajo de servicio en la industria, la oficina y la agricultura sedentaria, acompañado del transporte mecanizado (Libby, et al., 2001) contribuyen al aumento paulatino de este riesgo y a la paralización de los índices relacionados a este riesgo.

El principal factor determinante de la forma de vivir de los individuos es la calidad de vida, la cual se define como la percepción del individuo sobre su posición dentro del contexto cultural y sistema de valores en que se desarrolla; el cual, además, determina sus metas, expectativas, normatividad y preocupaciones (Ministerio de la Protección Social, 2007). Por otro lado, algunos estudios han demostrado que si se manejan niveles altos de estrés, ira, hostilidad y otras características de la personalidad, puede estar en mayor riesgo de padecer de hipertensión arterial; "los factores emocionales muy probablemente contribuyen

¹⁰ Una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante.

al riesgo de ciertas personas que presentan otros factores de riesgo de hipertensión” (Galván, 2010, pág. 21).

2.1.4.8. Colesterol total y colesterol LDL elevados

El colesterol es un lípido que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo, aunque se haya en mayor concentración en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro. Algunas de sus funciones son: regular las funciones físico – químicas de los fosfolípidos que se encuentra en las membranas plasmáticas¹¹, es el precursor de la vitamina D, de las hormonas corticoesteroidales (cortisol y aldosterona), sales biliares (esenciales para la absorción de nutrientes lipídicos) y de las hormonas sexuales (progesterona, estrógenos y testosterona). (Libby, et al., 2001)

Existen dos tipos de colesterol, el colesterol bueno (HDL) y el colesterol malo (LDL), el malo es aquel que se une a las proteínas de baja densidad y es fácilmente adherible a las paredes de las arterias, lo que podría facilitar que se depositen en ellas y se estrechen las cavidades. El colesterol bueno es el que se une a las proteínas de alta densidad, y se llama de esta forma porque no tiene la capacidad de adherirse a las arterias y es llevado al hígado para convertirse en otras sustancias. Diabetes, fumar e hipertensión son aspectos predisponentes para la aparición del colesterol malo. (Libby, et al., 2001).

Cuando se acumulan las placas en las arterias coronarias que irrigan el corazón, existe un mayor riesgo de sufrir un ataque cardíaco (Galván, 2010). Por otro lado, es la causa de la arteriosclerosis¹², por ejemplo, que es una de las causantes de muerte por enfermedad cardiovascular (Valenzuela & Morgado; 2006).

Algunas de las causas de la hipercolesterolemia son: debilitación y pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos debido a edad avanzada, sobrepeso u obesidad, consumo de tabaco, alimentación con alta en grasas saturadas o sal, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, antecedentes familiares, enfermedades genéticas, diabetes; enfermedades de origen hepático, endocrino o renal que aumentan la síntesis de lipoproteínas LDL que transportan colesterol perjudicial para el organismo (Galván, 2010).

¹¹ La membrana plasmática es una estructura laminar formada por fosfolípidos (con cabeza hidrofílica y cola hidrofóbica) y proteínas que engloban a las células, define sus límites y contribuye a mantener el equilibrio entre el interior (medio intracelular) y el exterior (medio extracelular) de éstas.

¹² Se refiere a un endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre.

El método más efectivo para mantener los niveles de colesterol bajo control es alimentarse a base de verduras, legumbres, hortalizas, frutas o pescado para adquirir proteína y realizar ejercicio. Además, tomar la medicación recetada para el control de los niveles, pues las intervenciones clínicas en pos de la reducción de los altos niveles de colesterol LDL han demostrado la reducción de eventos cardiovasculares en pacientes. (Libby, et al., 2001).

2.1.5. POLÍTICAS DE PROMOCIÓN EN SALUD

Las políticas de salud son orientaciones o directrices que rigen las actuaciones de una entidad y sus funcionarios en un campo determinado. Los límites establecidos en ellas son importantes a la hora de plantear estrategias de comunicación para la promoción de comportamientos saludables, pues establecen recursos, medios, actores, etc. que intervienen al proporcionar a las personas los medios necesarios para el empoderamiento de su salud. A continuación se detallarán algunos aspectos de este tipo de políticas en el ámbito local, nacional e internacional.

2.1.5.1. Políticas de salud pública a nivel internacional.

A nivel internacional, son varias las políticas de promoción de salud y prevención del riesgo cardiovascular que se ha generado desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, las cuales administran sus objetivos de forma conjunta. En 2002, en la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana se reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles (categoría en la que se encuentran las de tipo cardiovascular) son la principal causa de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. Las enfermedades crónicas tienen efectos devastadores para los individuos, sus familias y las comunidades en donde se desenvuelven, especialmente en las poblaciones de escasos recursos, y se constituyen en un obstáculo para el desarrollo económico. (OPS, 2007).

El objetivo de la estrategia para un enfoque integrado de atención es prevenir y reducir la carga de enfermedades crónicas y los factores de riesgo asociados en la región panamericana; a través de la promoción de "... las condiciones sociales y económicas que abordan los factores determinantes de las enfermedades crónicas y facultan a las personas

para mejorar el control de su propia salud y adoptar conductas saludables.” (OPS, 2007, pág. 12).

Con el fin de atender las necesidades de salud en las Américas se propone promover la adopción buenos hábitos alimenticios, control de sobrepeso, modos de vida activos; además, la aplicación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad durante todo el ciclo vital de los sujetos, con apoyo intersectorial, facultando a las personas para asumir el control de su salud. Lo cual se puede lograr a través de estrategias de comunicación y difusión de información que respalden comportamientos saludables en entornos claves (OPS, 2007).

En relación al tabaco se han implementado algunas medidas para evitar, reducir y/o erradicar el consumo de tabaco, entre ellas, el aumento de impuestos, prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos que contienen tabaco, incluir en el empaquetado de todos los productos advertencias sanitarias. Además, se insta a promover la salud mediante el aumento del conocimiento relacionado a tratamientos para dejar de fumar y riesgos del tabaco, motivar la cesación y desalentar el inicio o sostenimiento del hábito tabáquico; así como la creación de ambientes libres de humo de tabaco en espacios públicos y cerrados de acceso público (Ordúñez, et al., 2011).

Las propuestas estratégicas planteadas en torno a la necesidad de una alimentación saludable abarcan desde el área de educación hasta políticas de control industrial y comercial del sector; la OPS aboga por proveer a la comunidad herramientas que faciliten el acceso a una alimentación sana. Respecto al consumo de sal, el objetivo principal de las estrategias planteadas es la disminución en la ocurrencia y mortalidad por enfermedades vinculadas a su ingesta en exceso (Ordúñez, et al., 2011), entre ellas las de tipo cardiovascular. El consumo elevado de sal, por ejemplo, puede causar hipertensión arterial.

A nivel individual y colectivo las estrategias apuntan a informar sobre los riesgos asociados al consumo de alimentos con alto contenido en sal y formas para reducir su consumo; así como a la supervisión de la industria alimentaria local para que reduzcan dicho elemento en su producción, y en la motivación a asociaciones de consumidores para que velen por el cumplimiento de compromisos y regulaciones establecidas (Ordúñez, et al., 2011).

Por otro lado, la organización propone diseñar e implementar estrategias para el mejoramiento de la dieta; algunas de ellas son: la diversificación de la producción local de alimentos y el compromiso voluntario de autorregulación de empresas de alimentos. Asimismo, la promoción de la alimentación sana entre los niños a través de la adopción de medidas para la disminución del consumo de bebidas azucaradas, alimentos de alta densidad energética y productos alimentarios de bajo valor nutricional (Ordúñez, et al., 2011).

La OPS también plantea una serie de estrategias para reducir los factores de riesgo relacionados con la falta de actividad física; entre ellas se encuentra la promoción de intervenciones integrales, efectivas y adaptadas al entorno; así como proveer a las comunidades de recursos que faciliten la realización de actividades físicas (Ordúñez, et al., 2011). El ente también establece la importancia de los medios de comunicación como “un factor clave de la efectividad de las políticas dirigidas a prevenir y controlar las ECV” (Ordúñez, et al., 2011, pág. 34) a través de la difusión de información en la que se promuevan los beneficios del ejercicio. Además, plantea la necesidad de formar profesionales e investigadores en promoción de la actividad física (Ordúñez, et al., 2011).

Los problemas de salud pública que conlleva la ingesta de alcohol están determinados por los patrones culturales del consumo, el nivel general de consumo de la comunidad en la que reside el adicto, las pautas de consumo y el contexto social. En este caso también se señala la importancia de la promoción de estrategias de prevención en los medios de comunicación, lo que contribuye a la movilización de la opinión pública para abordar los determinantes locales que influyen en el incremento del consumo. Además, de la necesidad de diseñar y ejecutar programas que suministren información acerca de las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol y etiquetado de las bebidas, con el fin de mitigar los daños (OMS, 2010). La visión de la estrategia consiste en la reducción de la morbilidad y mortalidad atribuibles a la alta ingesta de alcohol y sus consecuencias de tipo social.

Uno de sus objetivos es la consolidación de los conocimientos sobre el impacto de los determinantes sociales asociados al consumo de alcohol, y sobre las intervenciones que contribuyen a prevenir eficazmente esos daños. En relación a las acciones a desarrollar por los prestadores de servicios de salud se plantea la necesidad de ampliar la capacidad de los sistemas para que el portafolio ofrecido incluya prevención, tratamiento y atención de los trastornos inducidos por el alcohol; servicios de apoyo y tratamiento para familias afectadas.

De igual forma, desarrollar estrategias enfocadas a la prevención, tratamiento y atención de dichos trastornos; además, desarrollar servicios culturalmente adaptados (OMS, 2010).

A nivel nacional, las políticas planteadas por la OPS apuntar a reducir el consumo de alcohol con el apoyo intersectorial entre salud, justicia, bienestar social, comercio, educación, etc. Algunos de los métodos planteados están enmarcados en la concienciación y compromiso de los actores, la respuesta de los servicios de salud en cuanto a la disposición de recursos de atención primaria, la mitigación de los agravios producidos por el consumo del alcohol e intoxicación etílica, así como la reducción de su impacto en la salud pública (OMS, 2010).

2.1.5.2. Políticas de Salud Pública a nivel nacional.

El Plan Nacional de Salud Pública que tiene vigencia en nuestro país fue adoptado mediante el decreto 3039 de 2007 y expedido con el fin de desarrollar, adoptar y ajustar los documentos que se requieran para facilitar su implementación. Entre los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública se encuentran mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad, y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana; siendo las enfermedades crónicas no transmisibles una de sus prioridades (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Con el fin de reducir la carga actual de enfermedad y crear las condiciones para reducir la futura en la población colombiana se han enfocado las acciones en varios aspectos, entre ellos el poblacional y el de determinantes (Ministerio de la Protección Social, 2007), los cuales están relacionados con los objetivos del presente proyecto de grado.

El enfoque poblacional atañe a todas aquellas intervenciones, simples o combinadas, dirigidas a la población en general y que buscan modificar los riesgos en cada una de las etapas de la vida de los individuos, los cuales aumentan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Por otro lado, el enfoque de los determinantes establece que los resultados en salud de los individuos, grupos y comunidades depende de la interacción de cuatro factores: comportamiento, herencia, medio ambiente y accesibilidad a los servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2007). En consecuencia, los objetivos de los programas de promoción y prevención en las instituciones de salud deberán enfocarse a la intervención oportuna de factores de riesgo modificables.

El Ministerio de Salud y Protección Social definió 5 líneas de acción para mejorar las condiciones de salud en la población en cuestión de políticas; estas son: la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Las estrategias de prevención de riesgo direccionadas desde el ministerio, en cumplimiento con el Plan Nacional de Salud Pública, son llevadas a cabo por la nación, las entidades territoriales, entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Uno de los objetivos de la línea de política referente a la promoción de la salud y la calidad de vida es integrar el trabajo intersectorial e institucional en un proceso orientado a la modificación de los determinantes sociales de la salud, para reducir su impacto a nivel individual y colectivo (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En cuanto a las políticas de promoción de la salud, su objetivo es el fomento de las capacidades y la generación, en individuos y comunidades, de oportunidades que les permitan identificar y satisfacer sus necesidades en salud, les facilite la adaptación al medio ambiente y la adopción de estilos de vida saludables, reduciendo su vulnerabilidad, permitiéndoles participar activamente en el control social para el mejoramiento de su entorno y contribuyendo de esta forma al desarrollo de una cultura más saludable y autónoma. La promoción de entornos saludables en la población de usuarios y en el ámbito de los servicios de salud, el uso adecuado y oportuno de los servicios en salud, y el desarrollo integral de los individuos así como la adopción de estilos de vida saludables, son algunas de las políticas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La segunda política está orientada a la prevención de riesgos, y abarca una serie de medidas enfocada a evitar la ocurrencia de la enfermedad a través de la atención primaria¹³, y a la gestión de riesgo en la atención secundaria¹⁴. Para el cumplimiento de estas políticas en las IPS, EPS, y ARP se deben llevar a cabo el desarrollo de las acciones de prevención y detección temprana contempladas en el POS a nivel individual y colectivo (Ministerio de la Protección Social, 2007).

¹³Atención enfocada a prevenir la aparición de la enfermedad.

¹⁴ Atención enfocada a detener su avance de la enfermedad y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Por otro lado, en el proceso del cumplimiento de las políticas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, corresponde a las IPS establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones para la prevención de riesgos y complicaciones en el estado de salud; también la adopción y aplicación de políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridas para el cumplimiento de las metas de dicho plan. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Estrategias nacionales para disminuir los riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la promoción de la salud y la calidad de vida se han delimitado una serie de estrategias para de la disminución de la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de la Protección Social, 2007). Aquellas que son favorables a la prevención del riesgo cardiovascular son:

- Impulsar estrategias que contribuyan a la promoción de la actividad física en espacios de la vida cotidiana y a la inclusión de los discapacitados.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social para la promoción de estilos de vida saludable.
- Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar.
- Promover la alimentación sana.
- Transmitir el conocimiento relacionado a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de los daños.

Algunos ejemplos de la materialización de políticas a través de la implementación de estrategias son las campañas desarrolladas a partir de la iniciativa “Come bien, siéntete bien” las cuáles incluían cuidado para diabéticos, para el sistema renal, cardíaco y comportamientos saludables. Otra de dichas estrategias fue “Sé activo físicamente y siéntete bien”.

Las estrategias que se desarrollan en pos de la prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud en relación a enfermedades crónicas no transmisibles, y que son relevantes para el presente proyecto son las siguientes:

- Promover el desarrollo de acciones continuas de tamizaje de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.

- Desarrollar servicios para la prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco.
- Medidas para la prevención del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.
- Implementación del modelo de prevención y control de enfermedad renal crónica en las EPS y sus redes de prestadores de servicio.
- Promover la identificación y seguimiento de población en riesgo de enfermedad renal crónica.

2.1.5.3. Estrategias locales para la promoción de la salud y la calidad de vida.

El Hospital Universidad del Norte se ubica en el municipio de Soledad en el departamento del Atlántico (Colombia); por lo tanto, su proceder es influenciado por las políticas de salud promovidas desde el ente territorial encargado, las cuales, para el periodo de 2008 – 2011 han sido consignadas en el Plan Territorial de Salud del Municipio de Soledad, estructurado por la Secretaría Local de Salud. En dicho documento se establecen una serie de políticas relacionadas a la promoción de la Salud y calidad de vida; aquellas que están alienadas con las temáticas tratadas en el presente proyecto son las siguientes (Secretaría Local de Salud, 2008):

- Promoción del desarrollo de tamizaje y pruebas de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promover la realización de actividades físicas y recreativas.
- Desarrollo de estrategias de educación e información para disminuir el consumo de bebidas embriagantes, tabaco y automedicación; las cuales serían ejecutadas con apoyo intersectorial.
- Disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles

2.1.6. ESTADO DEL ARTE

En esta sección se revisarán los estudios previos que se han desplegado en relación a estrategias de promoción de comportamientos saludables para la prevención de la adquisición de riesgos cardiovasculares entre un grupo de usuarios del HUN. Estos son relevantes como referencia de experiencias previas que podrían aportar al desarrollo de este proyecto.

Son varios los estudios realizados en materia de prevención de riesgos desde el área de comunicación; sin embargo, en la búsqueda de las últimas innovaciones relacionadas a aquella de tipo cardiovascular aplicada a algún centro hospitalario, fueron muy pocos los hallazgos y no se encontraron experiencias que se enfocarán en más de un factor de riesgo. No obstante, se pueden encontrar estudios relacionados.

Uno de los encontrados se relacionaba con la valoración del riesgo como amenaza, lo cual se constituye en una percepción vital para la adopción de cambios en salud. El capítulo 12 del libro *Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico* (Cuesta et. al, 2008) nos plantea, entre otros aspectos, la importancia de la consideración de las “amenazas del yo”, lo cual es uno de los retos de los programas de comunicación en salud, pues uno de los objetivos constantes es conseguir que los receptores perciban la amenaza como real, pues de esta forma se da cabida al interés en el cambio de comportamiento.

En dicho texto se establece, además, que existen tres tipos de amenazas para el yo: los fracasos, las contradicciones y los factores estresantes; los cuales inciden sobre conductas de riesgo de salud al influir nuestra capacidad de enfrentamiento; las consecuencias de una pérdida de control percibida por un largo periodo produce estados de indefensión; la cual incide en la ocurrencia de estados depresivos (Cuesta et. al, 2008) y otros desajustes emocionales. Éste es uno de los puntos en los que radica la importancia del empoderamiento de los individuos, pues la carencia de autonomía contribuye a la mayor percepción de amenaza, tal como sostiene Cuesta et. al (2008): “... los sucesos más amenazantes son aquéllos percibidos como fuera de nuestro control; si fuéramos capaces de controlar la situación, ésta dejaría de ser amenazante” (pág. 32).

La amenaza percibida se afronta a través de dos tipos de mecanismos: el emocional y el ataque razonado. El primero de ellos puede manifestarse a través de la evasión, la negación, la sobreprotección (en comunicación social se relaciona al “efecto tercera persona”) y la distorsión al minimizar los aspectos negativos de determinadas conductas. El segundo contempla, el afrontar la amenaza a través de inducciones cognitivas que permitan evaluarla y cuestionarla, invención de excusas con el fin de atribuir a factores internos los éxitos y a externos de los fracasos, la autolimitación y la autoeficacia. (Cuesta et. al, 2008)

En cuanto al planteamiento y ejecución de programas de prevención y promoción en las instituciones de salud, y la importancia de la comunicación en dicho proceso se halló otro estudio en el que se dan a conocer la percepción de profesionales y usuarios sobre la utilidad de diferentes modelos teóricos y estrategias de intervención para el cambio de hábitos perjudiciales para la salud, así como los factores que facilitan o dificultan su integración en el contexto de las instituciones de salud. En *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en atención primaria de salud* (Calderón, et al., 2008) se sugiere que la investigación debe utilizar el contexto de la práctica médica para mostrar la relevancia del estudio; es decir, las intervenciones deben ser diseñadas en el contexto en el que han de ser ejecutadas, anotando que “... deberían ser multifacéticas y combinar diferentes estrategias que se han mostrado efectivas” (pág. 48).

Por otro lado, también sugiere que la mayor dificultad para implantar intervenciones de promoción y prevención de hábitos saludables son las condiciones reales de la consulta médica; pues es una intervención compuesta por un gran número de elementos dirigidos a varios niveles de atención: el paciente como sujeto, el profesional de la salud, la organización y sistema de salud, la comunidad específica a la que presta servicios; lo anterior desde el contexto caracterizado por la sobrecarga de trabajo y falta de tiempo y formación. La implementación sostenible de este tipo de intervención requiere que los centros de salud respondan flexiblemente a las nuevas necesidades asociadas a la prevalencia de los hábitos de riesgo para las enfermedades crónicas y su prevención (Calderón, et al., 2008).

En otro estudio, también podemos encontrar información acerca de las condiciones bajo las cuales han de plantearse este tipo de iniciativas, pero en este caso desde la academia, y se titula *Estrategia educativa novedosa en la prevención de factores de riesgo cardiovascular gracias a la alianza de programas estatales y la iniciativa universitaria* (Jaramillo & Jaramillo, 2009). En éste se señala la importancia de dar a conocer a la

comunidad los beneficios de desarrollar una conducta preventiva sobre los riesgos cerebro cardiovasculares, interviniendo las principales causas en sus costumbres alimentarias, prácticas del ejercicio, abandono de hábitos nocivos o excesos perjudiciales, e identificación de aquellos antecedentes familiares o hereditarios que pueden hacer propenso al individuo a alguno de los riesgos; con el fin de que éste se encargue de su auto cuidado y ponga en práctica las guías de una vida con calidad en la suya y la de su entorno comunitario.

En el estudio se considera que se incide de forma positiva sobre el conocimiento y divulgación de nociones básicas de prevención cerebro cardiovascular a través del empoderamiento de los educadores (que en nuestros caso, podrían ser los integrantes del equipo de salud), quienes sensibilizados con un lenguaje efectivo, común y masivo podrían llevar la información a la comunidad, contribuyendo así a una mejor captación del mensaje. Dicha estrategia permite obtener resultados contundentes de cambios en el estilo de vida al sensibilizar al líder sobre sus propios problemas y factores de riesgo más comunes para lograr un cambio en su propia conducta, y la segunda al proyectar esta sensibilización de su propio entorno (Jaramillo & Jaramillo, 2009).

Otro aspecto a resaltar es la elaboración de material educativo con el fin de multiplicar la información dada en este proceso global de capacitación; lo cual fue producto de la capacitación de médicos y enfermeras en actualización en enfermedades cerebro cardiovasculares con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Jaramillo & Jaramillo, 2009).

En esta misma línea se halló el proyecto *La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, EPS, y medios de comunicación* (Torres, et. al, 2008), en el que se realiza un análisis de estrategias de comunicación en el marco del desarrollo de programas de promoción y prevención. A modo general, las formas de comunicación predominantes son la visual a través de los afiches y folletos que dan a conocer las campañas de Promoción y Prevención; comunicación interpersonal, debido a la intercambio que se establece entre médicos y pacientes; la comunicación grupal a través de las charlas y talleres, conferencias y comunicación masiva desarrollada a través de las cuñas, revistas, etc. Estos aspectos fueron determinados luego de analizar este tema en las siguientes EPS: Saludcoop, Compensar y Colsanitas.

También se determinó que dichas estrategias cumplen tres funciones esenciales; por un lado una función informativa, la función movilizadora que pretende cambios de

comportamiento en los usuarios y la educativa que enseña comportamientos y hábitos saludables de prevención que disminuyan los riesgos para la salud. Asimismo, se evidencio la carencia de seguimiento y evaluación a las campañas realizadas en las EPS analizadas, por lo cual no se sabe si las campañas son o no realmente efectivas (Torres, et. al, 2008).

En las investigaciones mencionadas anteriormente se pone de manifiesto la necesidad de educar para lograr, gracias al trabajo intersectorial establecido entre la salud y otras áreas, la divulgación del conocimiento de la salud que contribuya a su mejora en las poblaciones objetivos de las estrategias al incitar el control sobre la misma. Además, se establecen algunas reflexiones en torno a los resultados de los estudios y la efectividad lograda, deseada e ideal de acuerdo a los objetivos.

2.1.7. PREGUNTAS ORIENTADORAS

A continuación se describen una serie de preguntas que han de orientar la investigación, con el fin de establecer las bases necesarias para el planteamiento de una estrategia de comunicación que contribuya a la promoción de comportamientos saludables entre un grupo de los usuarios del HUN.

- ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas y de riesgo de los usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y de Consulta Externa atendidos en el HUN?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los pacientes de Consulta Externa y Consulta Prioritaria atendidos en el Hospital Universidad del Norte?
- ¿Cuál son las conductas que conocen dichos pacientes para contrarrestar los riesgos de enfermedad cardiovascular?
- ¿Cuáles son las características de las acciones de promoción y prevención del Hospital Universidad del Norte?

CAPÍTULO III

En este capítulo, se estructurará el diseño metodológico de la investigación a través de los planteamientos relacionados con el tipo de estudio, población, muestra y métodos de recolección de datos. Luego, se explorarán los resultados de los instrumentos aplicados a través del desarrollo de las preguntas orientadoras del presente estudio; seguido del análisis y discusión de datos, en el que los temas se razonan a la luz de las variables establecidas de acuerdo a los objetivos. Finalmente, se plantea la estrategia, sus productos comunicativos y plan de implementación.

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio social, de corte, transversal, de campo, exploratorio, descriptivo y no experimental. Es transversal porque se ejecuta en un espacio y tiempo definido, y de campo porque en las que se desarrollan los acontecimientos son naturales en el terreno de los acontecimientos, pues se realizó en corto tiempo. Es exploratorio debido a que permite el acercamiento a un fenómeno social con el fin de contribuir al conocimiento de éste y aportar nuevas ideas en relación a la forma en la que debe ser abordado en la institución de salud.

Es un proyecto no experimental porque la investigadora se limita a observar los comportamientos de la muestra seleccionada y su relación con el entorno. También es descriptivo porque busca capturar una “fotografía” de los aspectos anteriormente mencionados e incluye la medición de variables con el objetivo de especificar características importantes de la población estudiada.

3.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.2.1. Población.

La población está compuesta por usuarios de los servicios de Consulta Prioritaria de Coomeva y Consulta Externa atendidos en las instalaciones del Hospital Universidad del Norte.

3.1.2.2. Muestra

Debido a la alta rotación de pacientes en el pabellón de consulta Externa, para determinar el tamaño de la muestra que diligenciaría la encuesta se realizó el siguiente procedimiento: Durante un día se realizó periódicamente el conteo de el número de usuarios que se hallaban en las zonas de espera del pabellón; el resultado promedio obtenido en la jornada de la mañana fue de 41,79 (de 7:00 a.m. a 11:00 a.m.) y en la jornada de la tarde de 16.53 (de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.); el promedio total de usuario del día fue de 29,86; por otra parte, se obtuvo el número de pacientes que facturaron para el servicio de consulta externa y el dato obtenido fue 88. Según el planteamiento inicial de la estrategia se realizarían tres charlas durante la dos jornadas, lo que daría un público total (de acuerdo al promedio) de 90 personas por día; este fue el tamaño de la muestra determinado para la aplicación de las encuestas.

Por otro lado, en cuanto a la observación, la muestra seleccionada fue probabilística, y respecto a la entrevista, los personajes escogidos fueron determinados de acuerdo a la relevancia d su cargo para el área de promoción de la salud y prevención de riesgo del Hospital Universidad del Norte.

3.1.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los instrumentos de evaluación del presente proyecto han sido planteados con el fin de obtener información que permita determinar las variables desprendidas de cada uno del los objetivos de este proyecto. Dichas variables permitirán caracterizar la

población, el espacio, los programas y políticas de promoción de la salud y prevención de riesgos relacionados con el hacer del Hospital Universidad del Norte.

El primero de los objetivos de la investigación apunta a la caracterización del conocimiento y comportamiento frente a factores de riesgo cardiovascular de los usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y Consulta Externa. Para alcanzar esta meta fueron medidos el nivel y tipo de conocimientos asociados a dichos factores; además se caracterizaron sus comportamientos relacionados al tema. El segundo objetivo apunta a la caracterización de los programas de promoción y prevención del HUN, sus antecedentes, estructura, frecuencia de ejecución, etc. Para ello, se tuvo en cuenta las políticas de promoción y prevención en el hospital, las de índole local, nacional e internacional en relación con la historia y estado actual de esta práctica en la institución. Finalmente se diseñaron dos productos comunicativos con el objetivo de promover comportamientos saludables, para lo cual se caracterizó sociodemográficamente a la población y se determinaron sus preferencias de recepción de información. Además, se establecieron las características de las interacciones en las sala de espera (tiempos de espera, relaciones entre pacientes, estados emocional, etc.).

A continuación se describirán los instrumentos de recolección de datos a través de los cuales se alcanzaron los objetivos descritos con anterioridad, éstos fueron: encuestas a pacientes, entrevistas a personal administrativo y asistencial del HUN y observación en las zonas de espera.

3.1.3.1 Encuesta

Una encuesta está conformada por una serie de preguntas planteadas debido a la necesidad de medir una o más variables. Las preguntas que la componen pueden ser cerradas o abiertas; las primeras son aquellas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas por el autor, por lo tanto los participantes deben escoger una de ellas; en las preguntas abiertas no se delimitan las respuestas; por lo tanto, proporcionan una información más amplia y útil cuando no tenemos información de las posibles respuestas (Hernández, et al., 2006).

Se realizaron 90 encuestas entre los pacientes de Consulta Prioritaria de Coomeva, y Consulta Prioritaria, atendidos en las instalaciones del HUN, con el fin de obtener información acerca de las siguientes variables: características demográficas, antecedentes personales y familiares, conocimientos y comportamientos en relación al riesgo cardiovascular.

Las preguntas del instrumento fueron divididas en 5 áreas básicas:

- **Grupo 1:** Datos demográfico (edad, sexo, estado civil, número de hijos y barrio) y datos económicos (nivel de educación, situación ocupacional).
- **Grupo 2:** Antecedentes personales (cálculo de índice de masa corporal, malos hábitos y antecedentes de enfermedad cardíaca) e historia de antecedentes de enfermedad cardíaca en la familia.
- **Grupo 3:** Conocimientos de factores de riesgo cardiovascular relacionados a hipertensión, diabetes, tabaquismo, enfermedades renales y estilos de vida.
- **Grupo 4:** Comportamiento en relación a la prevención del riesgo cardiovascular.
- **Grupo 5:** Preferencias en cuanto a la recepción de información.

Las preguntas consignadas en el cuestionario son de tres tipos: abiertas, cerradas y con múltiples opciones (Ver anexo 1). Se anexaron preguntas abiertas debido a la necesidad de determinar el nivel del conocimiento de la muestra sin algún aspecto que pudiese influenciar o facilitar las respuestas. Entre las respuestas se valoraron enormemente los “no sé” o “ninguna”, pues se suma a la expresión negativa de la variable.

3.1.3.2. Observación

En el área investigativa, la observación apunta a la exploración de ambientes, contextos y contribuye a la descripción de comunidades, actividades que se desarrollan en ellas y de las personas que las realizan; asimismo, aporta a la comprensión de vínculos entre personas y sus situaciones, patrones, eventos, etc. Implica adentrarse profundamente en situaciones sociales, estando atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones (Hernández, et al., 2006).

Se observaron las características de interacción en las salas de espera, los tiempos de espera de los pacientes y cómo se relacionan éstos con el entorno en dichos periodos. Los aspectos a considerar durante la aplicación de este instrumento fueron el ambiente físico y la organización social de los sujetos del estudio; además, el tamaño físico, distribución (tanto física como humana), patrones de relación en la sala, comportamiento de usuario y disposición emocional de la muestra. Por otro lado, se aplicó un protocolo semiestructurado de encuesta a veinte personas luego de la observación, con el fin de confrontar la información obtenida durante el periodo de aplicación del instrumento.

La información resultante fue utilizada como insumo para el diseño de dos productos comunicativos, pues permitió conocer la disposición emocional de los usuarios durante su permanencia en la sala de espera. Las preguntas del protocolo fueron:

- “Por favor, diga su sexo y edad”
- “¿Cuánto tiempo lleva esperando en la sala de espera?”
- “¿Qué servicio está esperando?”
- “¿Qué siente en este momento en relación a la espera?”
- “¿Qué actividades realiza mientras espera?”
- “¿Cree usted que el sitio de espera es cómodo?”
- “¿Le molestaría recibir información de salud mientras espera?... ¿Por qué?”

La información se consignó en hojas de registro en las que se detalló escenarios, personas (rasgos físicos o psicológicos) y elementos entorno (Ver anexo 2).

3.1.3.3. Entrevistas

La entrevista se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado); se constituye en un método íntimo,

flexible y abierto. Las entrevistas fueron semiestructuradas, pues se basaban en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la opción de introducir otras para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas preestablecidos (Hernández, et al., 2006).

Para este estudio se realizaron entrevistas a algunos funcionarios del HUN con el fin de conocer los antecedentes y actualidad en la ejecución de programas de promoción y prevención en la institución, así como su aporte al desarrollo de dichos programas y sus sugerencias acerca de la estructuración de la estrategia de comunicación para la prevención de riesgo cardiovascular.

Las variables tenidas en cuenta para la elaboración de las preguntas fueron (Ver anexo 3):

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
- Características de los programas de promoción y prevención
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.

Los funcionarios entrevistados fueron:

- Directora Médica: Liliana Llinás.
- Médico Internista: Adolfo Escobar.
- Coordinadora de Servicios Asistenciales: Ruby Avendaño.
- Jefe de Consulta Externa: Miladys González Maury.
- Asistente de mercadeo y servicio al cliente: Karen García.

3.2. RESULTADOS

3.2.1. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y DE RIESGO, DE LOS USUARIOS DE CONSULTA PRIORITARIA DE COOMEVA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE?

3.2.1.1. Sociodemográficas:

La mayor parte de los encuestados (65%) se encuentran entre los 19 y 40 años, mientras que el 35% restante se encuentran entre los 41 y 70 años de edad; el 53% de la muestra encuestada eran mujeres. Al momento de aplicar el instrumento, la mayor parte de los encuestados ya había conformado un hogar, mediante los dos tipos de uniones más comunes (unión libre y casados con 65% de la población encuestada), mientras que el resto de los encuestados eran personas solteras (solteros(as), 27%; separados(as), 6%; y viudos(as), 2%). El 51% tenía de 1 a 2 hijos, seguía el grupo de 3 a 4 hijos (27%), Sin embargo, la cuarta parte de los encuestados(as) reportó no tener hijos (19%).

Se consultaron a qué estrato pertenecían los participantes del estudio; la mayoría de estos situados en los municipios de Soledad, Malambo y Sabanagrande; de los cuales fueron consultados los estratos a los que pertenecía, se dedujo que el 32% residía en estrato 1 y 65% en estrato 2. Esta información guarda concordancia con el nivel de escolaridad del personal encuestado, pues un gran porcentaje realizó estudios hasta la media académica (59%), seguidos por otro grupo que han alcanzado un nivel técnico/tecnólogo (18%), continúa un 15% con estudios de primaria, y un escaso número (8%) de personas poseen título profesional.

En relación al tipo de ocupación, encontramos que el 40% es empleado y se desempeñan en los siguientes cargos: contratista, estilista, mensajero, secretaria, auxiliar administrativa, auxiliar contable, empacador, guardia de seguridad, electromecánico, técnico en reparación de computadores, técnico, dibujante técnico industrial, comunicador social y enfermera; en su mayoría cargos de carácter técnico o tecnológico, lo que confirma la información obtenida anteriormente. Seguidos por un

grupo representativo de mujeres que se dedican a ser amas de casa (38%), precedidas por desempleados (17%), trabajadores independientes (3%), estudiantes (1%) y pensionados (1%).

3.2.1.2. De Riesgo:

Por medio de la información entregada acerca del peso y estatura se obtuvo IMC, los resultados arrojaron que 49% de la muestra estudiada presentó problemas de sobrepeso y el 7% de obesidad; otro grupo (43%) de encuestados tenía un peso adecuado; sólo el 1% presentó bajo peso (Ver Gráfico 1). Estos datos se relacionan con el hecho de que todos los participantes del diagnóstico hayan reportado, por lo menos, un mal hábito (consumo de alimentos grasos, 45%; consumo de alcohol, 24%; tabaquismo, 5%), y sólo la cuarta parte no posee ninguno de estos (26%) (Ver Gráfico 2.).

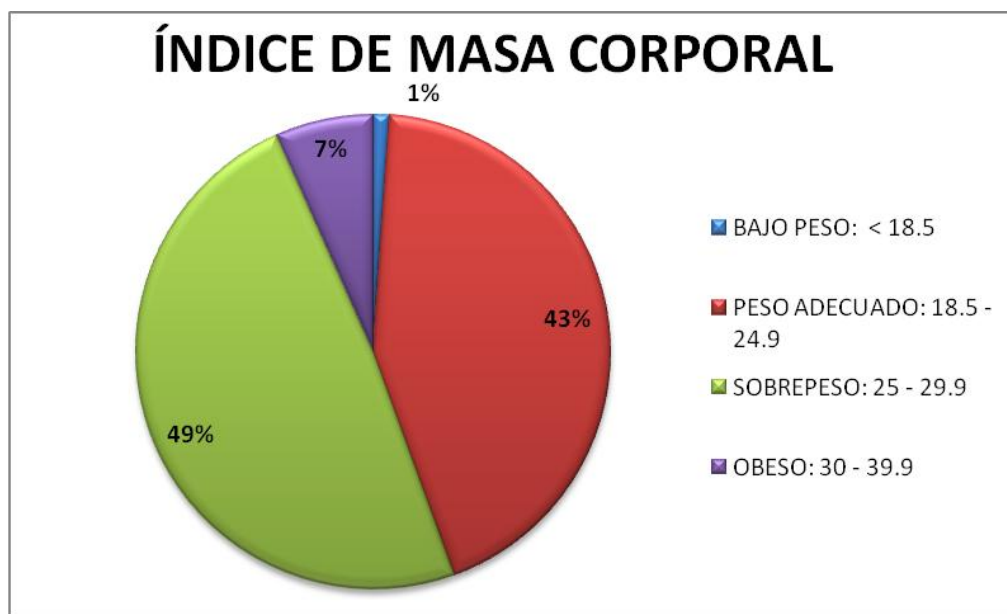


Gráfico 1. Medición de Índice de Masa Corporal de la muestra

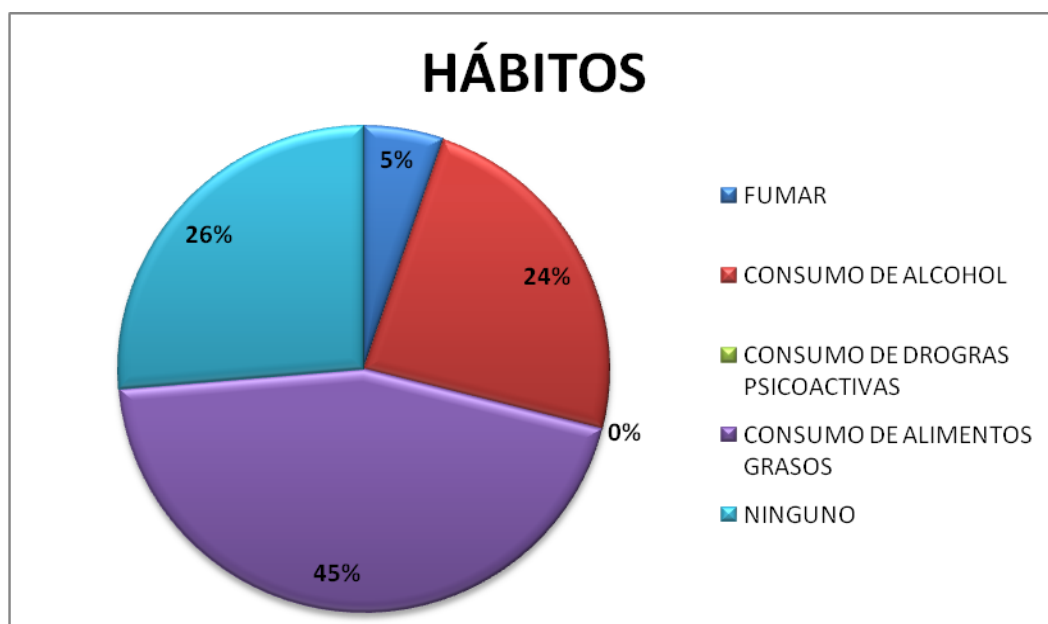


Gráfico 2. Reporte de hábitos nocivos de la muestra.

También se consultó los antecedentes personales entre los participantes del estudio, en relación a las condiciones que permiten que estas personas sufran daños en la salud asociados a problemas cardiovasculares, lo cual permitió determinar que el mayor porcentaje tiene una vida sedentaria (29%), seguido por personas con hipertensión arterial (23%), el colesterol alto (12%) y obesidad (12%), tabaquismo (9%), diabetes (8%) y triglicéridos elevados (7%). Asimismo, se les preguntó si habían sufrido alguna enfermedad cardíaca, a lo que la mayoría respondió que nunca había sufrido alguna de ellas (92%), y sólo una pequeña parte había algún tipo de síntomas como condiciones médicas (taquicardia e hipertensión arterial), y síndrome coronario (3% c/u), valvulopatías (1%) y cardiopatías (1%).

Más de la mitad de los (57%) expresó no tener antecedentes familiares que estuvieran asociados a riesgos cardiovasculares; el resto reportó tener precedentes de accidentes cardíacos (17%), condiciones médicas (10%), anomalías cardíacas (8%), enfermedades (5%) y problemas con las arterias (3%).

Es importante considerar los efectos de los desequilibrios emocionales, los cuales están ligados a manifestaciones de daños al sistema circulatorio y el corazón. El estrés

es el principal desequilibrio que se presentó entre la muestra encuestada (36%), seguido por ansiedad (15%), depresión (13%), y una combinación de ansiedad y depresión (9%). Sólo el 27% manifestó no presentar desequilibrios emocionales que afecten su salud.

3.2.2. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y CONSULTA PRIORITARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE?

Al personal encuestado se le consultó acerca de qué tan bien informados se consideraban en relación a los riesgos que contribuyen al padecimiento de enfermedades cardíacas; a lo cual respondió la mayoría que se consideran poco informados (60%) o no informados (26%), reflejando el desconocimiento sugerido desde algunos datos aportados entre las características sociodemográfica; por otro lado, una pequeña parte manifiesta estar informada de los riesgos cardiovasculares (12%), y sólo en 2% está muy bien informado.

Cuando se les consultó acerca de la certeza de padecer o no Hipertensión Arterial (HTA), el 79% respondió que no, mientras que el resto de los encuestados manifestó certeza en cuanto a su condición médica (sea buena o mala). A continuación se les pidió que definieran la HTA, a lo cual la mayoría manifestó no saberlo (42%); otros comentaron que es el aumento de la presión sanguínea (32%), problemas asociados a la presión sanguínea (17%) o problemas del sistema circulatorio (2%); y una pequeña parte (9%) que pretendió definir dentro de su criterio esta condición.

En cuanto a la diabetes, el 52% manifestó no saber cuáles son sus síntomas asociados, seguidos por aquellos que argumentaron que correspondía a un aumento de azúcar en la sangre (18%), otros reportaron la sed como uno de los síntomas (11%), o problemas renales (8%). El resto registró otros síntomas, tales como: problemas con la visión, fatiga, ansiedad, salivación espesa, mareo, etc.

Ante la pregunta acerca de las consecuencias negativas del tabaco en el Sistema Cardiovascular, el 67% de los encuestados expresaron que no sabían por qué el consumo de tabaco puede generar riesgo cardíaco; otro 19% manifestó que el tabaco

genera problemas circulatorios e hipertensión, seguidos por una minoría que expresó que el tabaco afecta los pulmones (6%), produce infartos (5%) y genera enfermedades renales (3%). Por otro lado, en lo relacionado con la percepción de RCV (Riesgos Cardiovasculares) por enfermedad renal, la mayoría de los encuestados acertaron en afirmar que las enfermedades renales si pueden afectar al corazón (54%). Lo anterior proporciona una clara noción acerca de la manera como los usuarios del HUN perciben y son afectados por una de riesgos cardiovasculares, asimismo, la definición de su comportamiento o su forma de actuar para prevenirlos.

Al consultarles acerca de cuál es el momento oportuno para la prevención, el 43% afirmó que éste es cuando se sienten mal, es decir, cuando se hace manifiesto el problema, seguidos por aquellos que consideran que dicho momento es cuando se sienten los primeros síntomas (39%), otros consideraron que es cuando las dolencias empiezan a afectar la realización de sus actividades diarias (13%), y un muy pequeño grupo (5%) consideró que el momento oportuno es cuando se siente bien, como parte de un proceso de inspección y valoración médica.



Gráfica 3. Consideración de momento oportuno para la prevención.

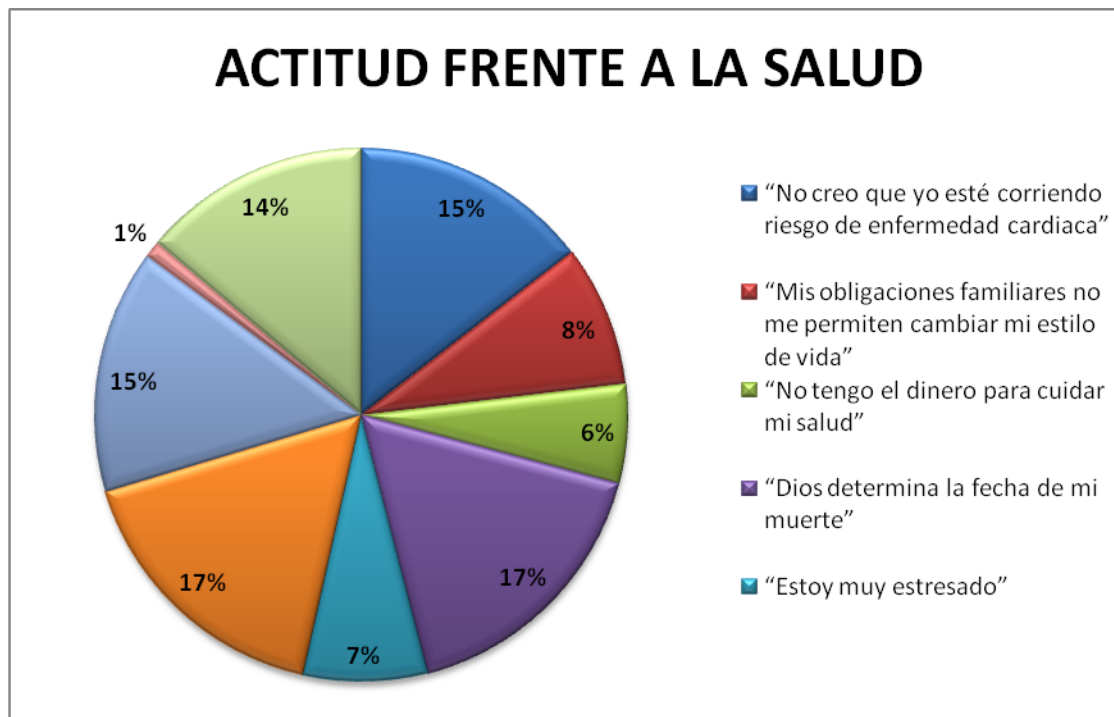
Al consultarlos acerca de si conocían medidas de prevención de riesgo cardiovascular, más de la tercera parte afirmó que el alimentarse sanamente ayuda a prevenirlos (36%), otro manifestó que hacer ejercicio también ayuda a la prevención (31%), seguidos de aquellos que consideran que el no fumar ni tomar ayuda a la prevención de RCV (12%), tener un control médico (7%) y no estresarse (3%). Parte del personal encuestado afirmó que no conocen medidas para prevenir la aparición de los riesgos en cuestión (11%).

3.2.3. ¿CUÁLES SON LAS CONDUCTAS QUE ASUMEN LA POBLACIÓN ESTUDIADA PARA CONTRARRESTAR LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Dentro de las conductas adoptadas por los pacientes, de acuerdo a la encuesta realizada, se les preguntó qué tipo de acciones realizaban para mejorar su salud, a lo cual la mayoría expresó que no tomaba ninguna acción para mejorar su salud, mientras que los demás comentaban que alimentarse sanamente, hacer ejercicio, asistir a control médico, no tomar ni fumar, y hasta orar, se consideraban acciones para mejorar la salud. Podemos denotar, en algunos casos, la incapacidad de los sujetos para prevenir las enfermedades cardiovasculares a través de un estilo de vida sano y productivo.

Con el fin de determinar la actitud adoptada por la muestra frente a situaciones de riesgo, y las causas de la no adopción de comportamientos saludables se plantearon diez opciones de posibles actitudes frente al tema de prevención de daños en la salud. La de mayor acogida fue “Dios determina la fecha de mi muerte” y “No creo que cambiando mi conducta reduciré el riesgo cardiovascular” con un valor porcentual de 17% para cada uno de ellos; seguidos por “No me han dicho que necesite cambiar mi estilo de vida” y “No creo que yo esté corriendo riesgo de enfermedad cardíaca” con un 15% de la muestra para cada caso. Otras opciones tenidas en cuenta por los encuestados son: “No sé, con claridad, qué debo cambiar” (14%), “Mis obligaciones familiares no me permiten cambiar mi estilo de vida” (9%), “Estoy muy estresado” (8%) y “No tengo el dinero para cuidar mi salud” (6%). La de menor acogida fue “Estoy

demasiado enferma o vieja para cambiar” (1%). En el siguiente gráfico se pueden observar forma los resultados:



Gráfica 4. Actitud frente al Riesgo Cardiovascular

3.2.4. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ZONAS DE ESPERA? ¿CUÁL ES EL COMPORTAMIENTO Y DISPOSICIÓN EMOCIONAL DE LOS USUARIOS DURANTE LA ESPERA?

3.2.4.1. *Distribución y ambiente físico.*

El pabellón de Consulta Externa (en donde se encuentran los consultorios de Consulta Prioritaria de Coomeva) está compuesto por la sala de espera, su ala derecha y ala izquierda; distribuidas tal como se puede observar en la Figura 3. Las cuales de ahora en los párrafos siguientes se denominarán “zonas de espera”.

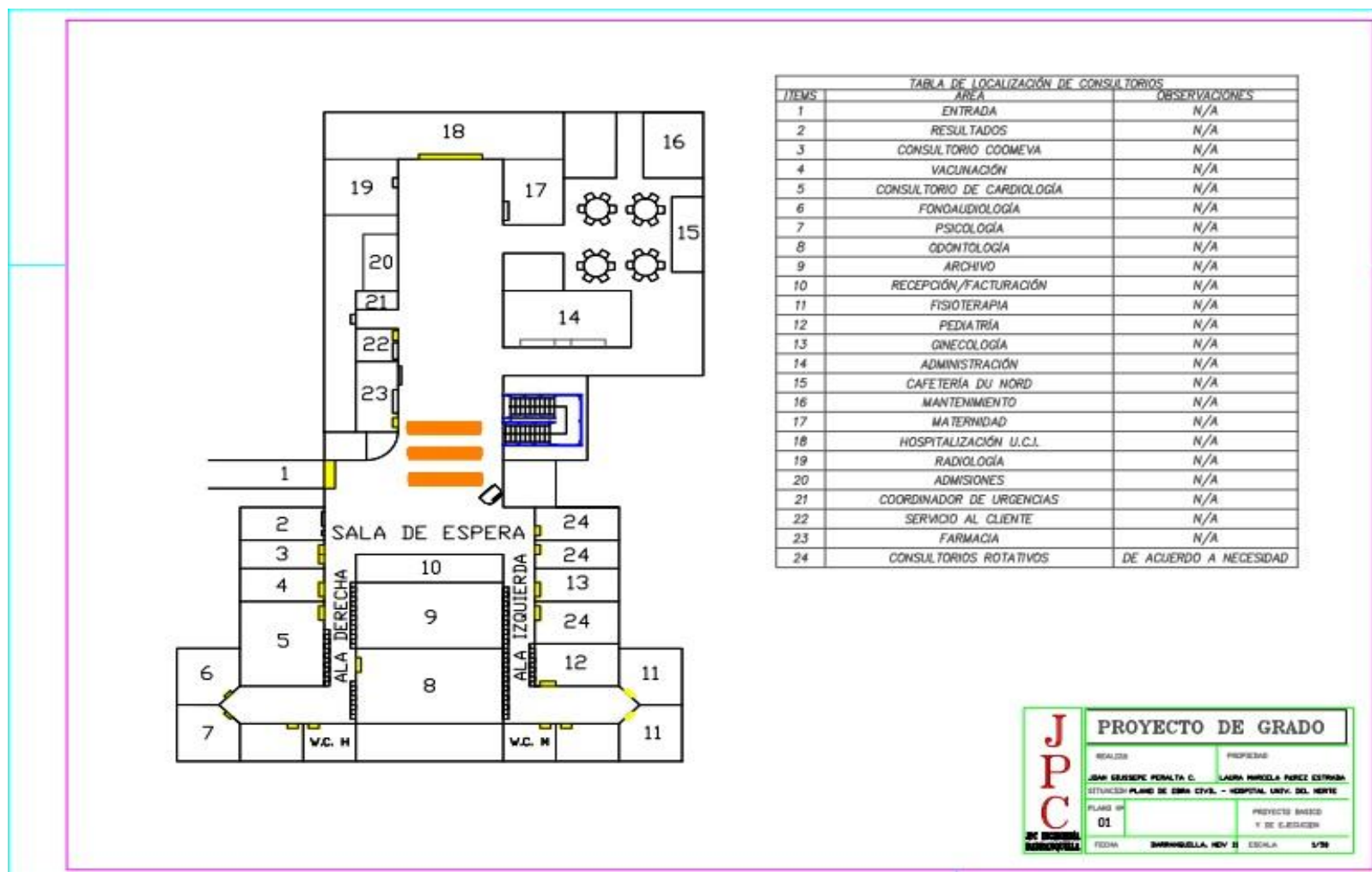


Figura 3. Distribución física zonas de espera del pabellón de Consulta Externa. Hospital Universidad del Norte.

La sala de espera está condicionada para albergar a 24 personas y en ella se encuentra un televisor que tiene un buen sonido y que puede ser escuchado fácilmente por la mayoría de las personas; también hay seis lámparas, ocho abanicos (de los cuales solo tres funcionan) y un sistema de audio por el que solían anunciarse los turnos y que no funciona hace varios años. Por otro lado, las sillas están distribuidas de tal forma que los usuarios no tienen la sensación de estar apretujados; a pesar de que existe la posibilidad de incluir más sillas, el manejo del espacio es ideal pues facilita el paso de personas y esto es muy importante en un hospital si tenemos en cuenta que camillas o sillas de ruedas deben circular en el lugar.

Llama la atención que el espacio está lleno de papelería de oficina, afiches tamaño tabloides, pendones, etc. Está el área de facturación, en la que se halla el marcador de turnos; a la izquierda de la puerta de ingreso de usuarios se halla la oficina de Coordinación de Servicios Asistenciales, recepción, farmacia y Servicio al cliente; a la derecha, de ésta está la ventanilla de entrega de resultados.

El ala derecha de la sala de espera suele estar poco ocupada, sólo en una ocasión (miércoles 19 de octubre de 2011 a las 12:40) se pudo observar a 14 personas en el área. En ella se ubican los consultorios ocupados por Coomeva; el consultorio 3 (estación de enfermeras de Consulta Externa), el consultorio de Cardiología, entre otros.

El ala izquierda tiene capacidad para albergar 29 personas, pero tiene un flujo de personas significativamente bajo en comparación con las demás áreas. Aquí se encuentra el baño de las mujeres, el punto de fotocopiado, el consultorio de ginecología, fisioterapia, entre otros. Los que llegan a este lugar tienden a ser aislados, pues hay muchos sitios para sentarse; lo que al parecer aporta mayor calma y menos compromiso.

A lo largo de la observación se pudo determinar que las personas generalmente son selectivas cuando se van a sentar, pues al llegar al lugar se toman unos segundos para evaluar cuál es el lugar más conveniente, dependiendo de quién esté al lado; lo que se evidenció aún más en las horas donde se registró mayor volumen de usuarios en zonas de espera (1:00 p.m. en la tarde, y 9:30 a.m. en la mañana. Ver anexo 4). Las que se han equivocado en la elección se quedan en el lugar porque el pensar en el cambio le produce vergüenza con respecto al vecino.

Cartelera de usuarios.

La cartelera de los usuarios tiene básicamente tres secciones: salud, noticias y deportes. Al momento de la observación, de izquierda a derecha podíamos encontrar entre los textos publicados una noticia promocionando un congreso acerca de medicina del deporte y traumatología, y otra del Cuarto Simposio de Cirugía Cardiovascular, las cuales ya habían expirado al momento de la lectura.

Se ubica en el pasillo que comunica a Consulta Externa con Admisiones (Ver. Figura 3), justo entre farmacia y Servicio al Cliente. Esta es una zona de transición, sólo hay un asiento en donde caben cuatro personas y está lejos de la cartelera. Es poco probable que una persona se levante a leer, durante los cinco días que conformaron el periodo de observación no se registró la lectura de algún usuario.

3.2.4.2. Características de la población y patrones de relación.

Comportamiento del usuario y disposición emocional.

Las personas que van a Consulta Externa son usuarios del Hospital Universidad del Norte, pacientes particulares que ingresan por solicitud del médico, o usuarios de atención prioritaria de los consultorios ocupados por Coomeva.

Los usuarios tienden a desesperarse; generalmente los que están en la sala de espera y cerca al televisor se concentran en el aparato, como un esfuerzo para atenuar el impacto de la espera; los que se sientan en la parte de atrás fijan su atención en la puerta de ingreso, y los que se hallan en la derecha dirigen su mirada a los consultorios ubicados en esa dirección.

Debido a la lejanía de la puerta de ingreso a la carretera, cuando llueve las personas se ven obligadas a permanecer más tiempo en las zonas de espera. Supongamos que una persona esperó dos horas para su consulta, es atendida en 15 minutos, y al salir se encuentra con una fuerte lluvia que la obliga a estar en el HUN dos horas más; éste es un usuario que permanece más de 4 horas en esta área.

En cuanto a su disposición emocional se pudo entrever que las mujeres tienden a ser más limitadas que los hombres a la hora de expresarse, y hay un sentimiento general de desconfianza e inconformidad con lo que está sucediendo. Algunos hombres se

desesperan, especialmente aquellos entre los 26 y 35 años, caminan de un lugar a otro, se mueven, se duermen, se levantan, y los que están entre los 20 y 26 adoptan una posición más relajada.

Otro factor que influye en la poca disposición emocional de usuarios, es la no oportuna atención del personal de enfermería, tanto de Coomeva como del HUN. Observé que la atención dada por las enfermeras es poco efectiva; para ser atendido se debe esperar, en promedio, 15 minutos frente a la puerta del consultorio-estación; lo cual es preocupante si consideramos que en los centros hospitalarios cuando un usuario tiene una duda usualmente recurre a la enfermera. Cabe resaltar que en el ala izquierda el ambiente es más tranquilo, por lo que los que permanecen aquí tienen mejor disposición emocional.

Resultados de aplicación del cuestionario.

Se entrevistaron 20 personas, de las cuales el 80% eran hombres y cuyo rango de edad estaba entre los 28 y 39 años; en el caso de las mujeres éste variaba entre los 20 y 26 años. En el 85% de los casos los usuarios esperaban ser atendidos en el servicio de urgencias de Coomeva ubicado en el HUN, otros recurrían a neumología o ginecología.

El tiempo de espera señalado por los entrevistados variaba entre las tres horas y las cuatro horas y media, sólo en un caso se señaló que la atención era, normalmente, dada entre 5 y 10 minutos; en este periodo, el 70% de ellos veía televisión, mientras el resto no realizaban actividades. Por otro lado, manifestaron que la comodidad del sitio depende de tipo de atención recibida, el 70% consideró las zonas de espera como no cómodas, debido a que hay pocas sillas en el ala derecha; y algunas de estas maltratan al sentarse.

Las sensaciones más recurrentes durante este tiempo fueron desesperación y angustia, sólo uno de los encuestados reportó sentirse bien. La mayoría atribuía el sentimiento a la necesidad de ver al médico para aclarar dudas en relación a los síntomas que presentaba y a la premura por regresar al trabajo., y el 75% de los encuestados manifestó que estaría dispuesto a recibir charlas de salud durante el periodo de espera, pues así se mantendrían informados y les ayudaría a distraerse.

3.2.5. ¿CUÁLES SON CARACTERÍSTICAS DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE?

La misión del Hospital Universidad del Norte es a la prestación de servicios a los sectores menos favorecidos, en la búsqueda de la excelencia y desarrollo de servicios en los diferentes niveles de atención; “El quehacer propio del Hospital contempla las funciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades y sus complicaciones, y la rehabilitación; la investigación científica, y la extensión de sus servicios.” (Universidad del Norte, s.a.). Sus objetivos apuntan a la prestación de servicios médicos y hospitalarios de calidad en estratos 1, 2 y 3, y en fortalecer la presencia de la Universidad en los sectores deprimidos (Universidad del Norte, s.a.).

3.2.5.1. Antecedentes de los programas de Promoción.

Hace ocho años existían programas institucionalizados en el HUN relacionados a la promoción de la salud y prevención de riesgos (P y P); las EPS lo contrataban para que desarrollara dichos programas entre sus usuarios; la mayoría de ellos relacionados con el control prenatal, vacunación, crecimiento y desarrollo. Sin embargo, la acogida de dichos programas disminuyó debido a que las EPS los redireccionaron a sus Unidades de Atención Básica (UBA). También se estructuraron programas de P y P con pacientes particulares, pero terminaron porque los usuarios optaron por dirigirse a sus EPS para el control gratuito.

En donde se ubica maternidad (Ver Figura 3) antes estaba P y P, era un espacio que contaba con las condiciones para el desarrollo de los programas que se ejecutaban en ese momento. Estaba equipado con colchonetas, camillas e implementos necesarios para el desarrollo de la programación, también juguetes para los niños y un espacio adaptado para la realización de charlas (sillas y tableros).

Actualmente los únicos programas de este tipo son el de vacunación y citología para la prevención del cáncer cérvico uterino; los cuales están en funcionamiento desde el 2009, cuando fue habilitado el HUN como IPS de tercer nivel. Son desarrollados por la Asistente de Mercadeo y Servicio al cliente, Karen García, y la jefe de Consulta

Externa, Miladys González Maury. Al exterior del HUN se realizan actividades de PyP en otras entidades o por solicitud de la Universidad del Norte.

Las actividades de P y P se realizan con el apoyo de las estudiantes de enfermería y medicina. Al respecto, González comenta que antes había más estudiantes asignadas a prácticas en este pabellón, y entre ellas se distribuía la carga administrativa y las actividades de P y P. También se contaba con dos jefes en consulta externa, una que se encargaba de la parte asistencial en consulta especializada y otra para P y P; pues antes se llevaban a cabo exámenes de control cuando los pacientes eran remitidos desde medicina general, algunos de éstos eran: tamizaje, control de hipertensión arterial, glicemia, etc. Actualmente, no hay programas enfocados a la prevención del riesgo cardiovascular desde Consulta Externa.

3.2.5.2. Manejo actual de los Programas de Promoción y Prevención (P y P)

La Asistente de Mercadeo y Servicio al Cliente del HUN es la encargada de elaborar el Plan de Mercadeo; a través del cual se enmarcan las estrategias para promocionar los servicios del hospital y temas de salud; uno de sus fines es que las personas aprendan sobre tratamiento de enfermedades. Actualmente, las actividades de promoción de la salud cardiovascular que se realizan al interior y exterior de la institución no cuentan con una planeación formas, pero sí realizan campañas de prevención orientadas al tema, tales como toma de presión y tamizaje de talla y peso.

En cuanto a estrategias de prevención del riesgo cardiovascular, se venden paquetes particulares que incluyen la consulta con el cardiólogo y exámenes médicos que se realizan para la detección de dichos riesgos, algunos de éstos son: electrocardiograma, prueba de esfuerzo, holter, ecoestrés, ecocardiograma, etc. Por otro lado, se ofrecen unos “chequeos ejecutivos” que contienen pruebas de sangre del perfil lipídico (colesterol) y glicemia, es un chequeo general con medicina interna, pruebas cardiacas, consulta con el especialista y medicina interna. Los precios son elevados (aproximadamente \$70.000).

Una de las razones por las cuales en el hospital no existen programas de promoción y prevención es porque éstos requieren recursos económicos para su ejecución, condiciones locativas y una persona encargada de su ejecución; además que exista continuidad en las relaciones con usuarios de éstos con el fin de contribuir con el cuidado de la salud durante toda la vida.

En cuanto a la intervención en materia de prevención de riesgo cardiovascular en el paciente para su educación en estilos de vida saludables desde la consulta con el especialista el tiempo que se le dedica es poco y se dan recomendaciones superficiales al paciente, de manera que se envía al nutricionista para que complemente la información. Por otro lado, los estudiantes de medicina que están en consultorios dan charlas a los usuarios mientras esperan; algunos de los temas tratados son: auto examen de mama, planificación familiar, diabetes, hipertensión arterial, etc. Este tipo de actividades no tiene un horario establecido, pero que regularmente se ejecutan en la mañana. Asimismo, la estudiante en práctica de Consulta Externa da algunas charlas en la tarde.

Las charlas a los pacientes y sus acompañantes en la Consulta Externa del HUN sobre el tema de estilos de vida saludable, con recomendaciones sobre los hábitos tabáquicos, alcoholismo, ingesta adecuada de sal en la dieta, mejorar la ingesta de frutas y verduras, reducción de alimentos ricos en grasas saturadas, de origen animal y vegetal; además del consumo de ácido fólico y recomendaciones sobre el ejercicio aeróbico y técnicas de relajación para contrarrestar el estrés de la vida diaria, etc.

3.2.5.3. Expectativas frente a la promoción y prevención

La promoción como mejora del estado de salud es tomada en cuenta en cada uno de los niveles de atención del paciente, los cuales incluyen la prevención, identificación del riesgo, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y la prevención frente al nuevo panorama del estado de salud; tal como lo exige la ley y las normas de funcionamiento mínimo de cualquier institución prestadora de salud.

Actualmente el HUN se encuentra en un procesos de habilitación como hospital universitario y eso representará ventajas en convenidos de docencia/servicio y contribuirá a mejorar la integración de estrategias de P y P en los servicios de salud, y a un mejor diagnóstico al contar con múltiples perspectivas para un caso.

La articulación de proyectos estudiantiles y de programas distintos a los de la división de salud es muy beneficiosa para el desarrollo y alcance de objetivos establecidos por el hospital, pues son muchas especialidades y profesiones requeridas para su funcionamiento. En este sentido el HUN se puede considerar como un escenario de aprendizaje que contribuye a la formación profesional de estudiantes y a su vez un espacio propicio para la aplicación de innovaciones. “Este es un espacio que pertenece a la Universidad del Norte y debe ser aprovechado de la mejor manera y en el nivel máximo.”, señala su directora médica.

3.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

3.3.1 SOCIODEOMOGRAFÍA

La caracterización de los individuos desde los aspectos sociodemográficos y de percepción riesgo permitió identificar la influencia de determinantes sociales que median en las relaciones que establecen con el entorno, las creencias en salud y adopción de comportamientos saludables.

Los determinantes sociales de la salud son un conjunto de condiciones de vida y limitantes estructurales que influyen en la salud individual. A la hora de analizar los procesos por medio de los cuales un individuo crea sus creencias en la salud, es necesario tener en cuenta los factores que influyen la toma de decisión sobre la posible adopción o no de un comportamiento saludable. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (2010), entre dichos determinantes se encuentran: ingresos, bienes, servicios, acceso a la educación y la atención en salud, condiciones laborales, condiciones de vivienda, riesgos en el entorno, etc.

En cuanto a las condiciones de vivienda, la mayoría de los barrios referenciados como lugar de residencia se ubican en los municipios de Soledad, Malambo, Sabanalarga y otros del área metropolitana de Barranquilla. En Soledad, por ejemplo, el 15,5% de la población no tiene acceso al alcantarillado; el 17,8%, al acueducto y el 4,3% al gas natural (Secretaría Local de Salud, 2008).

La educación determina el nivel de desarrollo de habilidades que permitan obtener las herramientas necesarias para mejorar sus condiciones de vida y la de su núcleo familiar. Teniendo en cuenta que el 74% de la muestra encuestada no había accedido a una institución de educación superior y sólo el 8% de los participantes del estudio son profesionales; se puede inferir que las posibilidades de movilización social son limitadas para la mayoría del público de interés para este proyecto.

Por otro lado, la mayor parte de los cargos referenciados son de carácter técnico o tecnológico para la categoría de empleados (40%) y cuyas especializaciones son

limitadas a determinados perfiles y/o ocupaciones; por otra parte, el 38% de la muestra es ama de casa, y el 17% es desempleado. Es necesario que el individuo acceda a la educación superior de calidad con el fin de adquirir las herramientas necesarias para labrarse un mejor porvenir.

Los determinantes, tal como su nombre lo indican y como se ha demostrado a lo largo de este ítem, son categorías que permiten predecir en dónde se halla la mayor proporción de la inequidad sanitaria. Pues estos factores determinan el comportamiento relacionado con la salud y las creencias que influyen sobre su estado, gracias a las interacciones que forman las “concepciones de mundo” de las personas a partir de las relaciones que establecen con el mundo.

3.3.2. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO

El riesgo es un factor que aumenta la probabilidad de sufrir un daño en la salud; los de tipo cardiovascular son aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos con mayor frecuencia en casos de enfermos de patologías cardíacas (Manzur, et al., 2005). Por lo tanto, la identificación de dichos factores en determinados grupos podría disminuir la incidencia de la enfermedad cardiovascular a través de la prevención.

3.3.2.1. Obesidad

El consumo excesivo de ciertos alimentos, en especial los que contienen alto contenido de grasa, puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal es una medida del estado nutricional de las personas; cuando este es igual o mayor a 25 indica sobrepeso, cuando es igual o mayor a 30 indica obesidad (Ventura, 2006).

El índice de masa corporal es una medida del estado de salud de las personas en cuanto a su nutrición, estableciendo unos parámetros bajo los cuales categorizar a las personas de acuerdo a su peso. El consumo de alimentos grasos es un hábito nocivo que podría determinar el aumento de las cifras de obesidad reportadas al medir en índice de masa corporal de la muestra estudiada, en la que los resultados pusieron en

evidencia el hecho de que el 49% de los encuestados estaba en sobrepeso y el 7% en obesidad al momento de la medición; lo que resulta preocupante si tenemos en cuenta que el 45% de la morbilidad reportada por consulta externa entre los periodos de 2004 y 2005 obedeció a causas cardiovasculares (Navarro, et al. 2008).

Con el fin de verificar el interés de los participantes del estudio por tener el cuidado de la nutrición, se le indagó acerca de si conocían o no el valor de su índice de masa corporal (IMC), y desconocían el concepto; los resultados aportados fueron: el 23% no conocía la definición de IMC, el 11% sí lo el valor al momento de diligenciar el formato; al contrario de 66% restante. Lo anterior demuestra que no existe un control sobre el estado de la salud nutricional.

3.3.2.2. Antecedentes personales y familiares

Los antecedentes personales y familiares son un conjunto de factores de riesgo a los que pueden estar sometidos los individuos, pueden ser comportamentales e intermedios (Galván, 2010). Al preguntar por antecedentes personales de enfermedad cardiaca, los resultados arrojan que el 3% presentaba condiciones médicas (taquicardia e hipertensión arterial) y en igual proporción se manifiesta el síndrome coronario agudo; además, el 43% reportó tener antecedentes familiares.

Los factores de riesgo cardiovascular adquiridos por herencia genética no son modificables, pero sí controlables; he allí la importancia de establecer estrategias que contribuyan a la preservación del estado actual o al mejoramiento de la salud. Por otra parte, los antecedentes personales son factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y comportamientos de los individuos, los cuales pueden ser modificados al generar cambios en las causas.

Un tipo de antecedente personal modificable son los factores psicosociales. La compleja relación que se establece entre el estado emocional no ideal, su sostenimiento, las características de personalidad del individuo, las características culturales del entorno del individuo (Galván, 2010) y la red de apoyo con la que cuente para enfrentar situaciones de tensión o cambio, será vital para evitar daños cardiovasculares; por

ejemplo, infartos. Para determinar si la muestra sufría de alguna alteración se les pidió que, entre una serie de opciones que planteaban estados emocionales, marcaran aquellas que aplicaran a su condición. Los resultados arrojaron que el 36% de los participantes (la mayor proporción) sufre de frecuentes episodios de estrés; el 15%, de ansiedad; el 13%, depresión; el 9%, ansiedad y depresión simultánea, evidenciando que este riesgo también es un factor de exposición a daños entre la población estudiada.

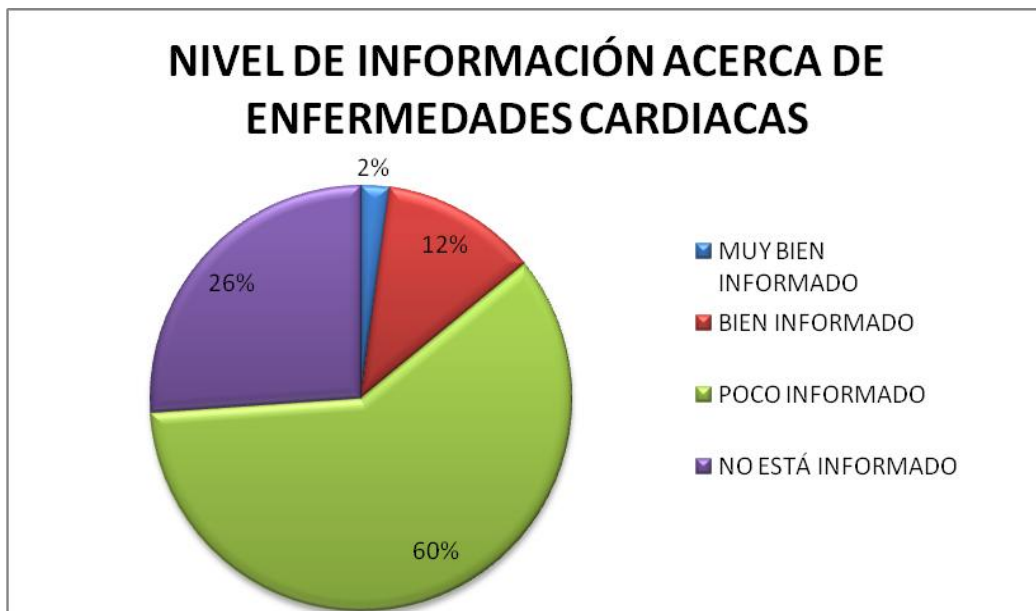
En relación al registro de ocurrencia de factor de riesgo o enfermedad que aumente las probabilidades de padecer daños en la salud cardiovascular, los encuestados argumentaron tener algún grado de exposición a los planteados: El sedentarismo fue reportado con el 29% de ocurrencia, seguido de la hipertensión con un 23%, el colesterol elevado y la obesidad con un 12% cada uno, tabaquismo con un 9%, y diabetes y triglicéridos elevados con un 7% cada uno. Como se puede inferir, el riesgo cardiovascular en la población estudiada en el proyecto es un aspecto tangible al establecer cualquier tipo de diálogo.

3.3.3 NIVEL DE CONOCIMIENTO

El aumento del conocimiento es la mejor estrategia para la promoción comportamientos saludables (Ordúñez, et al., 2011). Uno de los principales objetivos de la comunicación en salud es la consolidación de éstos sobre el impacto de los determinantes que influyen en los daños a la salud (OMS, 2008), de allí la necesidad de transmitir el conocimiento relacionado a la demanda de los servicio de salud, prevención de riesgos y atención de los daños (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Por lo anterior, la catorceava pregunta de la encuesta apuntaba a conocer cuán informado estaban los sujetos sobre padecimientos cardiacos. Los resultados de la tabulación arrojaron que el 60% se considera poco informado y el 26% no cuenta con información al respecto, sólo el 14 % de los noventa encuestados se consideró bien (12%) o muy bien (2%) informado. Teniendo en cuenta que las enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular se encuentran entre las principales causas de muerte del departamento del Atlántico (Navarro, et al. 2008) resulta realmente preocupante que la población estadísticamente expuesta no se considere lo

suficientemente informada acerca de los aspectos culturales, sociales y medioambientales que influyen sobre su calidad de vida.



Gráfica 5. Nivel de información acerca de enfermedades cardíacas.

3.3.3.1. Hipertensión arterial

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias cuando fluye por ella; dicho movimiento es generado por los latidos del corazón, encargado de bombear la sangre por todo el cuerpo (Galván, 2010). La hipertensión es el incremento de la medida de la presión, lo que indica una mayor fuerza sobre las paredes y esfuerzo del corazón.

Debido a que la hipertensión es una de las condiciones médicas más comunes en la costa Caribe, se preguntó a los encuestados si estaban seguros de tener o no esa condición; sólo el 21% no tuvo la certeza en relación a la cuestión planteada. A pesar de que dicho porcentaje no ocupa la mayor proporción, al analizarlo se debe tener en

cuenta que la hipertensión no presenta síntomas; por lo cual, puede ser padecida por años sin saberse y manifestarse cuando se asocie a otros problemas de salud.

Al pedirles que definieran la hipertensión arterial; el 42% alegó no saber dicho concepto, el 19% restante lo asoció con problemas de la circulación de la sangre (17% con problemas de la presión sanguínea y 2% con problemas en el sistema circulatorio), y el 7% restante alegó razones inválidas, con respuestas como: “Cuando aumenta la temperatura y el dolor de cabeza”, “mareo y dolor de cabeza”, “aumento de la tensión en el corazón” o “la cantidad de grasas finas en las arterias”; es decir, que el 68% de los encuestados no pudieron conceptualizarla de forma concreta

3.3.3.2. Diabetes

Los diabéticos tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades cardíacas debido a que su enfermedad afecta los niveles de colesterol y triglicéridos, y está asociada al padecimientos de hipertensión arterial y obesidad, los cuales son otros factores de riesgo cardiovascular (Galván, 2010). A través de la pregunta “¿Sabe usted cuáles son los síntomas de la diabetes?” se buscaba determinar el grado de conocimiento que los encuestados tenían acerca de los síntomas de esta enfermedad que, a la vez, se constituye en un riesgo.

A partir de la tabulación se pudo establecer que el 52% de la muestra desconocía los síntomas; el 37% reportó la elevación de los niveles de azúcar en la sangre (18%); sed (11%) y orina frecuente (8%); el 11% restante reportó otro síntomas, tales como: “Problemas con la visión”, “Fatiga”, “ansiedad”, “salivación espesa”, “mareo...”, etc. Al igual que con factores de riesgo planteados anteriormente, la mayor porción de los encuestados sigue manifestando su desconocimiento de aspectos esenciales de éstos.

3.3.3.3. Tabaquismo

El consumo de tabaco es uno de los riesgos cardiovasculares más prevenibles en el mundo, no sólo en el caso de los fumadores, sino en el de los no fumadores (Libby,

et al., 2001). Aumenta el riesgo de padecer de cáncer de pulmón y de la incidencia de enfermedad cardiovascular y enfermedad vascular periférica; puede provocar irregularidades en la frecuencia cardíaca y en las principales arterias, aumentando así el esfuerzo del corazón; además, podría causar hipertensión, lo que contribuye al aumento de la reincidencia de ataques cerebro vasculares (Galván, 2010).

Al interrogar a los sujetos estudiados acerca de cómo el tabaco afectaba el sistema cardiovascular, el 67% de la muestra reconoció no estar informado. Del 33% restante, el 18% consideró que genera problemas circulatorios e hipertensivos, y en igual proporción de 5% para cada una también se considera que afecta a los pulmones y produce infartos; sólo el 3% lo asoció con enfermedades renales, lo cual dista de la respuesta correcta.

Si tenemos en cuenta que el cigarrillo es uno de los hábitos nocivos combatidos con gran ahínco por la Organización Mundial de la Salud, cuyo esfuerzo ha sido visible a través de las modificaciones en la comercialización y publicidad del tabaco, es preocupante que la población directamente afectada no conozca, en esencia cómo les afecta.

3.3.3.4. Enfermedades renales

La función de los riñones es filtrar la sangre para la eliminación de diversos residuos metabólicos del organismo a través de la orina. La enfermedad renal crónica es definida como la existencia sostenida de parámetros que indican daño renal, tales como aclaramiento de la creatinina, microalbuminuria, etc. (Gorostidi, 2004). Los que la padecen presentan mayor riesgo de eventos coronarios y cerebros vasculares, y mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular que los individuos sin ella (Ventura, 2006).

De los 90 encuestados, el 60% consideró que las enfermedades renales pueden afectar el funcionamiento del corazón, el 40% restante se mostró en desacuerdo; a pesar de no saber las razones científicas, tomaban como referencia experiencias de salud de otras personas.

Todavía seguimos encontrando dificultades para definir el peligro, lo que indica que ni siquiera se cuentan con los conocimientos mínimos que les permitan reconocer en sí mismos la exposición a factores de riesgo cardiovascular; aunque, sí algunas referencias en cuanto a los síntomas y consecuencias en el ambiente debido a la cercanía con experiencias de otras personas, en especial de la familia.

3.3.4. COMPORTAMIENTO DE RIESGO.

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud o enfermedad. Por otro lado, la percepción del riesgo está sujeta al nivel pensado de vulnerabilidad a enfermarse (la posibilidad “real” de enfermarse); lo que abarca desde el riesgo por reporte de cifras estadísticas hasta la certeza del peligro de contraer una enfermedad. Por ello, este componente se refiere a la percepción subjetiva que tiene cada individuo sobre sus riesgos en salud (Espinoza, 2004).

Para medir la percepción del momento oportuno para la prevención de riesgos para la salud se preguntó a los sujetos de estudio cuál consideraba que era el mejor momento para prevenir problemas cardíacos; sólo el 4% consideró que este es antes de la manifestación de los síntomas, cuando nos sentimos bien, en el lado opuesto, el 43% (la mayor proporción) consideró que es cuando nos sentimos mal. El resto de los encuestados consideró que el momento oportuno es cuando sentimos los primeros síntomas (39%) y cuando afecta la realización de actividades cotidianas (13%). Es evidente que no está claro el concepto de “prevención” ni el de oportunidad en la atención en salud para evitar daños irreversibles en su calidad.

Otro elemento importante que influye sobre la decisión de adoptar determinado comportamiento frente al cuidado de la salud es la severidad, que se refiere a la percepción del nivel de gravedad de una enfermedad en el caso de su no tratamiento inmediatamente después al diagnóstico (Moreno & Gil, 2003); la severidad percibida es el elemento a través del cual contemplamos dos consecuencias para la salud, las de tipo médico y las de tipo social (Espinoza, 2004). La amenaza percibida es la percepción de susceptibilidad y severidad (Moreno & Gil, 2003).

Siguiendo la línea del diagnóstico del comportamiento asociado a la prevención de riesgo, se indagó a los encuestados acerca de las acciones tomadas en el último año para mejorar su salud. El 39% de la muestra reconoció no haber tomado ese tipo de medidas; por otra parte, el 33% mencionó haber realizado ejercicios, el 21% se alimentó más sanamente, el 4% asistió a control médico, y el 2% dejó de ingerir alcohol y/o fumar, el 1% indicó haber orado para mejorar su estado de salud. El hecho de tomar medidas preventivas en cuanto al cuidado del corazón es muestra, así sea mínima, de cierta consideración a gravedad de enfermedades cardíacas; sin embargo, es grande el margen de la muestra que aún no adopta ningún tipo de medidas, lo que podría ser un indicador de la poca susceptibilidad que han desarrollado ante el riesgo.

Las barreras percibidas se oponen a la ejecución de la conducta y disminuyen la capacidad del individuo para participar en el comportamiento preventivo; además, se describen como la evaluación del potencial resultado negativa. Por otro lado, la auto-eficiencia es el grado de confianza que tienen los individuos en su capacidad para realizar comportamientos de salud sugeridos, dicha valoración nos permitirá predecir positivamente la adopción de comportamientos preventivos de riesgos (Dutta-Bergman, 2005).

Con el fin de determinar la actitud adoptada por los sujetos estudiados frente a situaciones de riesgo y, sobre todo, de determinar las causas de la no adopción de comportamientos saludables se plantearon 10 opciones de posibles actitudes. Las que tuvieron mayor acogida fueron las afirmaciones “Dios determina la fecha de mi muerte” y “No creo que cambiando mi conducta reduciré el riesgo cardiovascular” con un valor de 17% para cada una de ellas. Seguidos por “No me han dicho que necesite cambiar mi estilo de vida” y “No creo que yo esté corriendo riesgo de enfermedad cardíaca” acogida por el 15% de los sujetos de estudio para cada caso. Otras opciones tenidas en cuenta por los encuestados fueron: “No sé, con claridad, qué debo cambiar” (14%), “Mis obligaciones familiares no me permiten cambiar mi estilo de vida” (9%), “Estoy muy estresado” (8%) y “No tengo el dinero para cuidar mi salud” (6%). La de menor acogida fue “Estoy demasiado enferma o vieja para cambiar” (1%).

Todos los usuarios encuestados se identificaron, por lo menos, con una de las opciones planteadas; lo que es evidencia de la presencia de barreras, en menor o mayor grado, que sumado al ya demostrado desconocimiento se constituye en un gran obstáculo para el empoderamiento en salud de la población estudiada.

3.3.5. LA ADOPCIÓN DEL CAMBIO

Los elementos anteriormente analizados y discutidos han sido tomados como referencia en el marco de las necesidades de información para el planteamiento de la estrategia de comunicación en salud que contribuya a la promoción de comportamientos saludables entre un grupo de usuarios del HUN. En este marco, era también necesario el análisis del proceso de la adopción de cambio, desde la perspectiva aportada por el Modelo de Creencias en Salud, a la luz de los resultados obtenidos gracias a la aplicación de los instrumentos diagnósticos.

Lo primero que se requiere para tomar conciencia del riesgo que tiene el sujeto de padecer determinada enfermedad es la susceptibilidad, es decir considerar un grado mínimo de exposición. Tal como se pudo observar en los resultados, a pesar de que la mayoría de los encuestados no tenía antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular habían desarrollado afinidad con una serie de hábitos nocivos, y adquirido una serie de factores de riesgo debido a éstos. Lastimosamente sólo el 61% de los participantes del estudio habían tomado, por lo menos, una acción preventiva en el último año para mitigar el impacto, y, como quedó ampliamente demostrado, existe un gran vacío en cuestión de conocimientos básicos del por qué los factores o actitudes que sabes son riesgosas, realmente lo son. El desconocer esta información les impide determinar la severidad de los daños que éstos podrían ocasionar en su salud.

Por otro lado, debido a los determinantes sociales característicos del medio ambiente, cultural y socioeconómico en donde se moviliza la muestra; se encuentran ciertas barreras psicológicas que les impiden tomar iniciativas radicales de cambio en pos de la salud; el poco acceso a la educación, a la salud, los bajos ingresos, el no cubrimiento total de los servicios públicos y los factores psicosociales influyen en el

proceso. Es evidente que son varios los obstáculos que la población debe superar para lograr el control del estado y calidad de su salud.

Debido a las características de la relación del HUN con sus pacientes y a la poca seguridad de su retorno a la institución, se puede dar un primer paso para contribuir a la formación de la población al darles a conocer acerca de algunos riesgos a los que están expuestos y el por qué han de ser considerados como tales. Lo cual podría influir positivamente en la percepción que impulsa la sobrestima o subestima de la frecuencia de la enfermedad cardiovascular y de las posibilidades reales de contraerla, incentivando el deseo de prevenir la enfermedad y reforzando la creencia de que la adopción de comportamientos saludables puede, realmente, ayudar a prevenirla.

Por ello, se debe apelar al impacto de la severidad, enfrentándolos de modo concreto con las consecuencias, planteando elementos facilitadores para el cambio al tener en cuenta las barreras reportadas. La acción de la promoción de la salud ha de considerar la influencia de los determinantes sociales que interactúan en el proceso de toma de decisión, dándoles una nueva valoración. Asimismo, se podría gestionar la auto-eficiencia al plantear pequeños consejos que puedan mejorar su salud cardiovascular desde sus actuales condiciones de vida, lo que les aportaría un mayor nivel de confianza.

3.4. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La presente estrategia parte de los conceptos de susceptibilidad y severidad planteados en el Modelo de Creencias en Salud para promover el conocimiento de los riesgos, sus significados e implicaciones para la salud; es decir, se constituye en un acercamiento entre la población estudiada y la percepción efectiva de riesgos cardiovasculares; cuyas consecuencias se hallan entre las principales causales de mortalidad en el departamento del Atlántico.

Se ha planteado teniendo en cuenta los resultados de las encuestas y con el fin de promover la adopción de comportamientos saludables relacionados con la prevención de riesgo cardiovascular asociado a la ingesta de alimentos grasos, el consumo de alcohol y de tabaco, y al tratamiento de los desequilibrios emocionales. Luego de la aplicación de la encuesta se pudo determinar que el 49% de la muestra se halla en sobrepeso y el 7% es obeso; por otro lado, el 45% reconoció la ingesta de alimentos grasos como uno de sus hábitos nocivos y el 24%, el consumo de alcohol.

A la hora de promover comportamientos saludables no se puede dejar de lado que el ser humano es un ente multidimensional y que el estado de la salud, así como las decisiones que se toman en torno a esta se ven influenciado por dichas dimensiones. En la escala de necesidades de Maslow se halla la satisfacción del componente fisiológico que contribuye a la seguridad del ser humano, lo que a su vez redundará en la satisfacción social, la estima y, finalmente, en la autorrealización. En dicha escala se señala a elemento de tipo psicosocial como aquellos que, a la larga, redundarán en el crecimiento del ser humano hasta la autorrealización.

Por lo anteriores, se hizo necesario tener en cuenta hasta qué punto los participantes del estudio (representantes del público objetivo de la estrategia) está sometida a desequilibrios emocionales. Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el instrumento en cuestión se estableció que el 73% de la muestra sufre de episodios de estrés, de ansiedad y/o depresión. La estrategia también apuntará a la promoción de cambios de comportamientos relacionados a factores de riesgo modificables; tales como

sedentarismo, el tabaquismo, así como el control de los niveles de colesterol y triglicéridos, entre otros.

Para determinar los componentes y lineamientos de la estrategia se deben tener en cuenta las preferencias señaladas por los usuarios en relación a la mejor forma para recibir información de salud. A la hora de preguntarles por éstas la de mayor acogida fue la charla (54%), seguidas por folletos (25%). Le siguen los videos y afiches (con una carga porcentual de 9% para cada uno. Los de menor preferencia fueron los mensajes en audio (3%) y el correo electrónico (2%). Por ello los medios para la promoción de comportamientos han de ser los talleres, charlas, las cartillas (en vez de folletos) y los afiches; como respuesta a las necesidades e intereses de los directamente afectados.

En la cartilla se condensará la información que contribuya a fortalecer el conocimiento de riesgo en el público de acuerdo a las falencias establecidas durante la aplicación de los instrumentos (ver anexo 5). Por otro lado, la charla se constituye en una forma de contribuir a menguar las tensiones a las que están sometidos los usuarios durante su espera, en especial aquellos que se dirigen a Consulta Prioritaria de Coomeva. Además la razón de ser de esta herramienta radica en la socialización de ciertos consejos que se alinean con la misión de la estrategia y en constituirse en un buen espacio para introducir a los usuarios a la cartilla que se han de llevar a sus hogares. La estrategia a plantear a continuación es integral, pues actúa en el enfoque de la comunicación visual, grupal, institucional e interpersonal.

3.4.1 CONFIGURACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Descripción del problema o situación de salud	Estrategia	Nombre de la estrategia	Objetivo	Enfoques estratégicos	Objetivo de Comunicación	Audiencia	Canales/ Materiales	Escenarios/ momentos	Mensaje Central
Necesidad de promover comportamientos saludables que contribuyan a la prevención de riesgos de la salud de la población estudiada. La cual requiere la modificación de hábitos, actitudes y estilos de vida que, a nivel individual, les impiden gozar de un estado de bienestar pleno.	A través de Charlas talleres, entrega de cartillas, publicación de afiches y el uso de otras herramientas en el HUN, se promoverán comportamientos saludables que contribuyan a la disminución del riesgo cardiovascular de los usuarios de Consulta Prioritaria de Coomeva y de Consulta Externa	“Cuida tu motor... Tu corazón”	Proporcionar la información mínima requerida para que los integrantes del público de interés sean capaces de identificar riesgos cardiovasculares, sus consecuencias y recomendar un cambio específico.	Comunicación grupal	Dar información y aconsejar, con el fin de proporcionar elementos que estimulen el cambio. A través del ofrecimiento de distintas alternativas	Pacientes de Consulta Prioritaria de Coomeva y de Consulta Externa atendidos en el HUN.	Charlas	Sala de espera del pabellón de Consulta Externa del HUN y Consulta Prioritaria de Coomeva, ubicados en el hospital Universidad del Norte.	acercamiento a la definición de salud y enfermedad, e introducción a los al riesgo a tratar y su tipología; además se hará ciertas preguntas para ayudar a los asistentes a reconocer en sí mismos los riesgos cardíacos
							Talleres	Cafetería	la importancia de la adopción de comportamientos saludables para la prevención de daños en la salud cardiovascular, se señalará los determinantes sociales que podrían influencias sus conductas de acuerdo a los datos demográficos característicos de la población estudiada

				Comunicación Visual			Cartilla	Hospital Universidad del Norte.	Identificación de tres riesgos cardiovasculares y recomendar cambios alcanzables.
							Afiches.		Promover el cuidado del corazón.
				Comunicación institucional			"Public hold"		mensajes de prevención que invitan a los afiliados a realizarse los exámenes periódicos, los cuales se escuchan cuando se llama al call center y el usuario queda en espera

3.4.2. IMPLEMENTACIÓN

La estrategia se desarrollaría a lo largo de tres meses, para su ejecución se requerirá del apoyo de una estudiante en práctica del programa de Enfermería de la Universidad del Norte asignada al pabellón de Consulta Externa del Hospital Universidad del Norte, la cual ha de ser entrenada en el manejo del público, tacto en el manejo de temas, técnicas de acercamiento, etc.; del apoyo de los estudiantes de medicina y enfermería, de las enfermeras de consulta externa y de la asistente de mercadeo y servicio al cliente. Los temas a tratar en cada una de las jornadas serán tratados de forma rotativa, estos son: tabaco, alcohol, alimentación y desequilibrio emocional.

Para implementar se han de realizar jornadas de prevención del riesgo cardiovascular una vez a la semana, el día asignado será escogido de forma aleatoria. Durante ese día la estudiante en práctica de enfermería ha de desarrollar una serie de charlas en la sala de espera del pabellón de Consulta Externa, las cuales consistirían en un acercamiento a la definición de salud y enfermedad, e introducción a los al riesgo a tratar y su tipología; además se hará ciertas preguntas para ayudar a los asistentes a reconocer en sí mismos los riesgos cardiacos; luego se les invitará a los interesados asistir al taller. La primera de ellas se dictaría entre las 9:30 a.m. y 10:30 a.m.; la segunda se realizaría en la tarde, entre la 1:00 p.m. y la 2:00 p.m.; pues son éstos los horarios picos en relación al flujo de usuarios en la zona (Ver anexo 4). No deberá tener una duración mayor a 20 minutos.

El taller se llevaría a cabo cuatro veces durante la jornada (dos en la mañana y el resto en la tarde) en la cafetería; en éste se hará énfasis en la importancia de la adopción de comportamientos saludables para la prevención de daños en la salud cardiovascular, se señalará los determinantes sociales que podrían influenciar sus conductas de acuerdo a los datos demográficos característicos de la población estudiada; además, se entregará y presentará la cartilla, dando a conocer algunos aspectos acerca de su contenido y correcto uso. Luego, se brindarán a los asistentes tamizaje de hipertensión, glicemia, valoración de índice de masa corporal.

Después del taller se les tomarán a los asistentes sus datos personales (incluyendo el correo electrónico), haciendo distinción entre los pacientes con cardiopatías y aquellos que podrían o han desarrollado algún factor de riesgo cardiaco.

Al tiempo, podrán inscribirse a un control periódico de tamizaje en el consultorio de PyP ubicado en Consulta Externa, en donde se llevará un registro de su información personal que podría ser utilizada con fines médicos. Esta actividad será realizada con el apoyo de estudiantes enfermería y medicina; y al finalizar la practicante de comunicación en Servicio al Cliente realizará entrevistas rápidas para indagar sobre la percepción del público en torno a la actividad, para detectar confusión, incompreensión, antagonismo, etc., provocados por los mensajes.

Paralelo a este ciclo, se publicarán dos modelos de afiches a publicar en la cartelera de usuario y otras zonas sociales o de acceso para los usuarios del HUN (incluyendo la Unidad de Urgencias, la de Hospitalización, etc.). Con el fin de dar a conocer tips para la prevención, control y disminución del riesgo cardiovascular. Asimismo, cada vez que los usuarios llamen a la IPS y queden en espera, escucharán mensajes de prevención que les invite a realizarse chequeos exámenes periódicos y tips para la salud cardiaca

3.4.2.1. Seguimiento

Los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas se les enviará, a través del correo electrónico, información puntual sobre su enfermedad, cómo prevenir complicaciones y manejar determinadas situaciones y se les aconseja como sobrellevarla, y qué cómo el HUN podría ayudarle en su tratamiento. Además, por vía telefónica se les invitará a éstos y a los pacientes en riesgo a campañas y programas de Promoción y Prevención, charlas, conferencias y talleres educativos e informativos que pretenden aportar herramientas para llevar una vida más saludable que proporcione la institución.

3.4.3. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Para grado medir el grado de cumplimiento de los objetivos al producir cambios significativos en el público de interés y su ambiente, se hará de implementar los instrumentos diagnósticos utilizados para construir la línea de base del presente proyecto. Éstos serán aplicados a aquellos usuarios con los que se mantenga un contacto electrónico o a través del control y el seguimiento de pacientes. De esta forma,

también se medirá el impacto (efectos a mediano y largo plazo) que la estrategia tuvo sobre sus públicos y su ambiente.

Con el fin de monitorear el éxito del proceso y/o del no cumplimiento de algunos objetivos; se realizará una autoevaluación del equipo que ejecute la estrategia a través de un grupo focal; así se determinarán las necesidades de cambio de los objetivos de la estrategia. La calidad y eficacia de la capacitación del personal de salud y los promotores de salud será medida a través de autoevaluaciones periódicas en las que se contrasten el objetivo inicial de su participación en el desarrollo de la estrategia y lo realizado. En cuanto a aspectos tácticos, se medirá la oportunidad de recibo y entrega de material impreso para ser utilizados en charlas, talleres y otras actividades; para lo cual se hará una mirada retrospectiva a la experiencia y se hará seguimiento de la producción y distribución.

Desde el inicio de la implementación de la estrategia se han de tener en cuenta una serie de indicadores para detectar los desvíos y progresos de la misma; estos son: número de estudiantes entrenados en técnicas de comunicación en salud, cantidad de materiales impresos y carteles preparados, distribuidos y utilizados, número de personas que recibieron la charla en contraste con el número de personas que asistieron al taller, cantidad del público destinatario que entiende los materiales, cantidad de personas del público destinatario que han aumentado su acceso a los servicios de salud, y número de personas que reportan adoptar nuevos comportamientos, a través de la información enviada desde el correo electrónico o la suministrada durante los controles periódicos.

Nota: La estructuración de la estrategia fue *Guía de planificación participativa de Estrategias de comunicación en salud* (Bordenave, 2007).

4. CONCLUSIONES

La caracterización de los individuos desde los aspectos sociodemográficos ayudó a determinar el nivel de exposición a la adquisición de riesgos cardiovasculares o los ya adquiridos. En dichos factores se pudo evidenciar la influencia de determinantes sociales y psicosociales que interactúan en la formación de creencias y adopción de determinados comportamientos; en su mayoría dañinos para la salud.

Resulta preocupante que la población estudiada (y según las estadísticas gravemente afectada por morbilidad y mortalidad asociada al corazón y al sistema circulatorio) conoce qué les afecta, pero no cómo ni cuándo es el momento oportuno para prevenir daños a la salud relacionados con estos factores, lo que indica que gran parte de la población no cuenta con los conocimientos mínimos que le permitan apropiarse efectivamente de su calidad de vida y rumbo del estado de la salud. Por ello, en los últimos años organizaciones de índole local, nacional e internacional han enfocado sus esfuerzos a la promoción de comportamientos saludables, de acuerdo a políticas de salud previamente establecidas.

Debido a los determinantes sociales característicos del medio ambiente, cultural y socioeconómico en donde se movilizan los participantes del estudio, se encuentran ciertas barreras que les impiden tomar iniciativas radicales de cambio en pos de la salud; tales como el poco acceso a la educación, a la salud, los bajos ingresos, el no acceso total a servicios públicos y los factores psicosociales, influyen en el proceso. Es evidente que son varios los obstáculos que la población debe superar para lograr el control del estado y calidad de su salud. Es allí donde radica la necesidad de promover comportamientos saludables que contribuyan a la disminución del impacto de dichos determinantes sobre la población; contribuyendo al control de riesgos para que el individuo alcance el bienestar.

De acuerdo a la información obtenida en relación a las características de los sujetos participantes, y de la relación entre el HUN y sus usuarios se planteó una estrategia de comunicación que apele a impacto de la severidad con el fin de consolidar los conceptos particulares relacionados con la auto-eficiencia. Dicha estrategia apunta a la susceptibilidad y severidad percibida relacionadas al riesgo cardiovascular, con el fin de desencadenar conductas saludables que favorezcan el estado de salud. Asimismo, se contribuye al quehacer del HUN en materia de promoción de la salud y prevención de

riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles, en este caso y debido a las exigencias del entorno, de tipo cardiovascular.

A través de la investigación rigurosa y basándose en el saber acumulado de la comunicación en salud es posible intervenir un problema de salud pública, y de esta manera tener un cierto impacto social, mejorando las condiciones de vida de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Consultado en Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>

Manzur, F. & Arrieta, C.; y colaboradores (2005). *Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe)*. Revista Colombiana de Cardiología. Octubre (122-128). Cartagena, Colombia. Consultado en Septiembre de 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000500004&lng=es.

Libby, P.; Bonow, R.; Mann, D.; Douglas P. Zipes. "*Braunwald. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*". 6th ed: W. B. Saunders; 2001. (páginas 30-35). Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/92>

Galván, D. (2010). *Factores de riesgo para enfermedades crónicas de origen cardiovascular en uniformados de la Policía Nacional de Colombia, 2009*. Memoria para optar al título de Magister el Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3073/1/598226.2010.pdf>

Saldarriaga, L. (2010). *Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú 2007*. Revista NURE Investigación [Revista en Internet]. Marzo - Abril de 2010. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/conocHTA45.pdf

Gorostidi, M (2004). *La insuficiencia renal como nuevo factor de riesgo cardiovascular. Riesgo vascular ligado a la micro albuminuria*. Revista NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento N° 6. Consultado en Septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3102.pdf>

Ventura, J. (2006). *Riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica*. Revista Uruguaya de Cardiología. Consultado en Septiembre de 2011. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482006000200007&lng=es

Valenzuela, A. & Morgado, N. (2006). *Breve historia de la relación entre el colesterol y las enfermedades cardiovasculares*. Revista Chilena de Nutrición. Consultado en Noviembre de 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200001&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75182006000200001

Comminit (2004). *Comunicación y educación en salud, una alianza necesaria*. . Disponible desde el 1 de junio de 2001. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: <http://www.comminit.com/es/node/150764>

Casas, L. (2008). *La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes*. Ponencia en el 10º Congreso REDCOM "Conectados, Hipersegmentados y Desinformados en la Era de la Globalización". Salta, Argentina. Disponible en: http://www.ucasal.net/unid-academicas/artes-y-ciencias/congresos/redcom10/archivos/redcom-ponencia/Ejes23y4/Eje4/Mesa4-4/Casas_PN_.pdf

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Disponible desde julio de 2003. Consultado en Abril de 2011. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150400>

Dutta-Bergman, M. (2005).. *Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation*. RevisHealth Communication. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc1802_1#preview

Ed.: Navarro, E; Barceló, R; Tiesca, R. (2008). *Análisis de la situación de salud. Departamento del Atlántico 2004 – 2005*. Gobernación del Atlántico, Secretaría Departamental de Salud, Universidad del Norte. Ediciones Uninorte Barranquilla, Atlántico (Colombia) 2008.

Washington, Organización Mundial de la Salud(2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de*

la Salud. Disponible desde Agosto de 2008. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

Cabrera, G.; Tascón, J; Lucumí, D. (2001) *Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 19, Núm. 001, enero-juni, 2001. Universidad de Antioquia. Consultado en Septiembre de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12019107.pdf>

Moreno, E & Gil, J. (2003). *El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, june, año/vol. 3, número 001, pp. 91-109. Universidad de Almería (España). Almería, España. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/560/56030105.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. Memoria de la 1º Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Consultado en Mayo de 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Espinoza, L. (2004). *Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad*. Revista Cubana de Estomatología v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300009&script=sci_arttext

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). (2009). Memoria de la 4ª. Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la. Noviembre 7 de 2009. Medellín, Colombia. http://javeriana.edu.co/redcups/Declaracion_de_Medellin.pdf

Sanabria, G. (2007). *El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 33, N° 002. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba. Consultado en Junio en 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433204>

Giraldo, A.; Toro, M.; Macías, A.; Valencia, C.; Palacio, S (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Volumen 15, No.1. Págs. 128 – 143. Manizales, Caldas,

Colombia. Disponible en:
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf).

Ministerio de Protección Social (2007). *Decreto 3039 de 2007*. Bogotá D.C., Colombia. Consultado en Abril de 2011. Disponible en:
<http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>

Secretaría Local de Salud (2008). *Plan Territorial de Salud del Municipio de Soledad. 2008 - 2011*. Municipio de Soledad. Soledad, Atlántico, Colombia. http://soledad-atlantico.gov.co/apc-aa-files/37616631326236633630313234336138/Diagnostico_Plan_Territorial_de_salud_publica.pdf

Ed.: Ordúñez, P.; Campillo, A. (2011). *Consulta regional: Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., Estados Unidos. Disponible en:
<http://www.paho.org/prioridades/pdf/libro-completo.pdf>

Washington D. C, Organización Panamericana de la Salud (2007). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., Estados Unidos. Consultado en junio de 2011. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. Informe de la Secretaría*. Memorias de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Consultado en Octubre de 2011. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-sp.pdf

Departamento Nacional de Estadística (DANE) (2005). *Censo General 2005*. Bogotá D.C., Colombia. Consultado en Octubre de 2011. Disponible en:
http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=12

Hernández, R; Fernández-Collado, C.; Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ª edición. McGraw-Hill. México D.F., México.

Calderón, C.; Balague, L.; Millan, Eduardo; Arrazola, A.; Benavides, R; Goiria, B; Mujika, J.; Torcal, J.; Vergara, I.; Grandes, G.; Sánchez, A.; Cortada, J. (2008). *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud*. . Proyecto de Investigación Comisionada. Servicio General de Publicaciones del Gobierno Vasco Vitoria-Gasteiz. Biblioteca General del Gobierno Vasco. Consultado en noviembre de 2011. Disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteoba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf

Jaramillo, N; Jaramillo, C. (2009). *Estrategia educativa novedosa en la prevención de factores de riesgo cardiovascular gracias a la alianza de programas estatales y la iniciativa universitaria*. Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 16 No. Medellín, Colombia. Consultado en octubre de 2011. Disponible en:

<http://www.scc.org.co/REVISTASCC/v16/v16n1/pdf/v16n1a4.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Obesidad y Sobrepeso*. Nota de Prensa. Consultado en Octubre de 2011. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Universidad del Norte, s.a. Hospital de la Universidad del Norte. Consultado en septiembre de 2011. Disponible en:

<http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/hospital/index.asp>

Ed: Cuesta, U; Ugarte, A; Menéndez, T. (2008). *Comunicación Social y Salud: Un nuevo planteamiento estratégico*. Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención. Editorial Complutense, S. A.. Madrid, España. 2008. Consultado en: diciembre 26 de 2011. Disponible en:

http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/ComunicacionySaludAvances.pdf

Torres, V; Chaves, R. (2008). *La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: Secretaría distrital de salud, EPS y medios de comunicación*. Memoria para optar al título de Comunicador Social. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Consultado en: diciembre 26 de 2011. Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis39.pdf>

Bordenave, J. (2007). *Guía de planificación participativa de Estrategias de comunicación en salud*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (República de Paraguay). OPS-OMS / UNICEF. Consultado en: diciembre 26 de 2011. Disponible en:

http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_guia_comunicacion_salud_vcorta.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTO EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CARACTERIZACIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Estimado señor (a)

El presente cuestionario tiene como objetivo contribuir a la determinación de los conocimientos en factores de riesgo cardiovascular que usted tiene; asimismo sus comportamientos saludables relacionados con la prevención de estos. Gracias, su colaboración es de gran ayuda para el resultado de esta investigación.

GRUPO 1: DATOS DEMOGRÁFICOS

Por favor, marque con una X o indique la respuesta de acuerdo a su información personal

Edad: ____

Sexo: F ____ M ____

Estado civil: _____

Número de hijos: ____

Barrio: _____

Nivel de escolaridad

Primaria: ____

Secundaria: ____

Técnico/Tecnólogo: ____

Profesional: ____

Ocupación/Oficio: _____

Raza: _____

GRUPO 2: ANTECEDENTES

1. Peso (en kg.): _____ Altura (en cm.): _____

2. ¿Tienes usted algunos de los siguientes hábitos?

- a) Fumar cigarrillos ()
- b) Consumo de alcohol ()
- c) Consumo de drogas psicoactivas ()
- d) Consumo de alimentos grasos ()
- e) Ninguno ()

3. Por favor indique cuáles de los siguientes antecedentes ha registrado a lo largo de su vida.

ANTECEDENTE	
Hipertensión Arterial	
Colesterol elevado	
Diabetes mellitus	
Triglicéridos elevados	
Obesidad	
Tabaquismo	
Sedentarismo	
Ninguno	

4. ¿Ha sufrido usted alguna enfermedad cardíaca?

No: _____ Sí: _____ Si su respuesta es afirmativa

¿Cuál?: _____

5. ¿Tiene usted historia familiar de enfermedad cardiaca?

No: ____ Sí: ____

¿Cuales?: _____

GRUPO 3: CONOCIMIENTO DE FACTORES CARDIOVASCULARES

6. ¿Cuán informado está sobre las enfermedades cardíacas?

a) Muy bien informado ()

b) Bien informado ()

c) Poco informado ()

d) No está informado ()

7. ¿Sabe usted si padece hipertensión arterial?

Sí: ____ No: ____ No sabe: ____

8. ¿Qué es para usted la hipertensión arterial?

9. ¿Sabe usted cuáles son los síntomas de la diabetes?

No: ____ Sí: ____

¿Cuales?: _____

10. ¿Cómo afecta el tabaco al sistema cardiovascular??

11. ¿Considera usted que las enfermedades renales pueden afectar su corazón?

No: ____ Sí: ____

¿Por qué?:_____

12. Sufre usted con alguna frecuencia de algunos de los siguientes estados (marque todos los que aplique).

a) Estrés ()

b) Ansiedad ()

c) Depresión ()

d) Ansiedad y depresión ()

e) Ninguno ()

GRUPO 4: COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN AL RIESGO CARDIOVASCULAR.

13. En caso de problemas cardiovasculares, el mejor momento para prevenirlos es:

a) Cuando nos sentimos bien ()

b) Cuando sentimos los primeros síntomas. ()

c) Cuando se afecta la realización de mis actividades cotidianas. ()

d) Cuando nos sentimos mal. ()

14. ¿Qué medidas conoce usted para evitar los problemas cardiacos?

15. ¿Qué acciones ha tomado usted para mejorar su salud cardiovascular en el último año?

16. ¿Conoce su índice de masa corporal?

- a) Sí
- b) No
- c) No conoce ese concepto

17. ¿Se identifica usted con una o varias de las siguientes frases?

AFIRMACIÓN	SÍ	NO
“No creo que yo esté corriendo riesgo de enfermedad cardiaca”		
“Mis obligaciones familiares no me permiten cambiar mi estilo de vida”		
“No tengo el dinero para cuidar mi salud”		
“Dios determina la fecha de mi muerte”		
“Estoy muy estresado”		
“No creo que cambiando mi conducta reduciré el riesgo cardiovascular”		

"No me han dicho que necesite cambiar mi estilo de vida."		
"Estoy demasiado enferma o vieja para cambiar"		
"No sé, con claridad, qué debo cambiar."	1	

GRUPO 5: MEDIO PARA INFORMARSE

18. ¿A través de qué medio preferiría recibir información acerca de la prevención de riesgos y enfermedades cardíacas?

- a) Mensajes en audio
- b) Videos
- c) Afiches
- d) Folletos
- e) Charlas
- f) Otro. ¿Cuál? _____

ANEXO 2. REGISTRO DE OBSERVACIÓN**INTERACCIONES EN SALAS DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA**

Fecha: _____

Ubicación: _____

Tiempo de observación: _____

Observadora: _____

Hora	Situación observada	Descripción	Interpretación

ANEXO 3. ENTREVISTAS: PREGUNTAS INICIALES.

Preguntas planteadas de acuerdo a las variables establecidas para el presente proyecto de investigación.

Directora Médica:

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
 - ¿Cuál es la historia de la promoción de comportamientos saludables en el HUN?
- Características de los programas de promoción y prevención
 - ¿Cuáles son las características de los programas de promoción y prevención ejecutados en el hospital?
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.
 - ¿Cómo se integran las políticas de promoción y prevención del hospital con aquellas de índole local o nacional?
- Adicional
 - ¿Cuáles son las expectativas de la alta gerencia frente a la elaboración y ejecución de proyectos en esta área?
 - ¿Qué opina usted acerca de la articulación de proyectos estudiantiles de carreras distintas al Hospital Universidad del Norte?

Médico Internista

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
 - ¿Qué me puede contar acerca de los antecedentes de programas de promoción y prevención en el hospital?

- Características de los programas de promoción y prevención.
 - ¿Cuáles son sus acciones para promover los comportamientos saludables entre los pacientes de consulta externa?
 - ¿Cuáles son los programas de promoción y prevención que se desarrollan actualmente en el HUN?
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.
 - ¿Cómo se integran las políticas de promoción y prevención del hospital con aquellas de índole local o nacional?

Coordinadora de Servicios Asistenciales.

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
 - ¿Cuál es la historia de la promoción de comportamientos saludables en el HUN?
- Características de los programas de promoción y prevención
 - ¿Cuáles son los programas de promoción y prevención que se desarrollan actualmente en el HUN?
 - ¿Cómo intervienen los estudiantes de pregrado y postgrado de enfermería y medicina en programas de promoción y prevención en el HUN?
 - ¿Quién es el encargado de la ejecución de programas de promoción y prevención en el HUN?
 - ¿Se ejecutan programas de promoción de salud en el tiempo de espera de los pacientes?
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.
 - ¿Cómo se integran las políticas de promoción y prevención del hospital con aquellas de índole local o nacional?

- Adicional
 - ¿Cuál considera usted el horario y espacio más apropiado para la exposición de mensajes que promuevan la salud cardiovascular?
 - ¿Cuál es el tiempo de espera promedio de los pacientes en consulta externa?

Jefe de Consulta Externa

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
 - ¿Cuál es la historia de la promoción de comportamientos saludables en el HUN?
- Características de los programas de promoción y prevención
 - ¿Cuáles son los programas de promoción y prevención que se desarrollan actualmente en el HUN?
 - ¿Cómo intervienen los estudiantes de pregrado y postgrado de enfermería y medicina en programas de promoción y prevención en el HUN?
 - ¿Quién es el encargado de la ejecución de programas de promoción y prevención en el HUN?
 - ¿Se ejecutan programas de promoción de salud en el tiempo de espera de los pacientes?
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.
 - ¿Cómo se integran las políticas de promoción y prevención del hospital con aquellas de índole local o nacional?
- Adicional
 - ¿Cuál considera usted el horario y espacio más apropiado para la exposición de mensajes que promuevan la salud cardiovascular?
 - ¿Cuál es el tiempo de espera promedio de los pacientes en consulta externa?

Asistente de mercadeo y servicio al cliente.

- Antecedentes en materia de promoción y prevención.
 - ¿Cuál es la historia de la promoción de comportamientos saludables en el HUN?
- Características de los programas de promoción y prevención.
 - ¿Cuáles son los programas de promoción y prevención que se desarrollan actualmente en el HUN?
 - ¿Quién es el encargado de la ejecución de programas de promoción y prevención en el HUN?
 - ¿Se ejecutan programas de promoción de salud en el tiempo de espera de los pacientes?
- Concordancia de los programas con políticas nacionales de salud en relación a la promoción y prevención.
 - ¿Cómo se integran las políticas de promoción y prevención del hospital con aquellas de índole local o nacional?
- Adicional
 - ¿Cuáles son las expectativas de la alta gerencia frente a la elaboración y ejecución de proyectos en esta área?
 - ¿Cuál considera usted el horario y espacio más apropiado para la exposición de mensajes que promuevan la salud cardiovascular?
 - ¿Qué opina usted acerca de la articulación de proyectos estudiantiles de carreras distintas al Hospital Universidad del Norte?

ANEXO 4. TABLA DE CONTEO

Conteo de pacientes en Sala de Espera de Consulta Externa del Hospital Universidad del Norte.

Mañana:

Hora	Sala de Espera	Ala izquierda	Ala Derecha	TOTAL.
7:00 A.M.	30	8	17	55
7:15 A.M.	0	5	15	20
7:30 A.M.	27	2	10	39
7:45 A.M.	24	2	8	34
8:00 A.M.	28	0	13	41
8:15 A.M.	20	1	17	38
8:30 A.M.	20	4	12	36
8:45 A.M.	20	4	20	44
9:00 A.M.	26	1	18	45
9:15 A.M.	29	2	20	51
9:30 A.M.	29	8	19	56
9:45 A.M.	32	3	10	45
10:00 A.M.	37	5	4	46
10:15 A.M.	34	5	6	45
10:30 A.M.	30	2	10	42

10:45 A.M.	28	4	10	42
11:00 A.M.	24	1	12	37
11:15 A.M.	26	3	8	37
11:30 A.M.	28	3	10	41
PROMEDIO	25,90	3,32	12,58	41,79

Tarde:


HORA	Sala de Espera	Ala izquierda	Ala Derecha	TOTAL.
1:00	19	5	3	27
1:15	12	3	5	20
1:30	9	3	8	20
1:45	7	2	8	17
2:00	10	0	5	15
2:15	7	3	7	17
2.:30	14	0	4	18
2.:45	16	1	1	16
3:00	8	4	1	13
3;15	6	3	1	10
3:30	11	5	5	21
3:45	5	43	3	12
4:00	10	3	8	21

4:15	12	0	6	18
4:30	7	2	5	14
4:45	9	2	5	16
5:00	4	0	2	6
PROMEDIO	9,77	2.35	4.53	16.53

ANEXO 5. CARTILLA

Página 8

TIENES DERECHO A...




¿QUE ES DERECHO?
Es la facultad que tenemos de hacer una cosa, de disponer de ella o exigir algo de una persona.

¿QUE ES SALUD?
Es el máximo grado de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento de un individuo u su comunidad, que va mas allá de la ausencia de enfermedad.

¿QUE ES ENFERMEDAD?
Es el desequilibrio entre el Bienestar físico, mental y social.

ALGUNOS DE SUS DERECHOS EN SALUD SON:

1. Los afiliados y beneficiarios tienen derecho a recibir atención en salud integral y de buena calidad dentro del Plan Obligatorio de Salud.
2. Los usuarios tienen derecho a escoger libremente las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud de acuerdo con las posibilidades de oferta de servicios.
3. Los usuarios tienen derecho de participar en la organización y control de las instituciones a través de asociaciones de usuarios.
4. Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el tratamiento y el costo del servicio prestado.
5. Los usuarios tienen derecho a ser informados acerca de los servicios que ofrece su EPS.
6. Los usuarios tienen derecho a la atención de urgencia en todo el territorio Nacional.


PARA MAYOR INFORMACIÓN
 Hospital Universidad del Norte.
 Calle 30 Autop. Aerop. Al lado del Parque Muvdi. Tel: 371 5564



¿DEPRESIÓN?
¿ANSIEDAD?
¿ESTRÉS?

¿HIPERTENSIÓN?
¿OBESIDAD?
¿SEDENTARISMO

¡CUIDA TU MOTOR... TU CORAZÓN!

¿ALCOHOL?
¿CIGARRILLO?
¿MALA ALIMENTACIÓN?

¿FALTA DE EJERCICIO?
¿DIABETES?





Página 1

Factores de Riesgo Cardiovascular.

Las factores de riesgo cardiovascular aumentan la probabilidad de enfermedades relacionadas con el corazón. Estos son circunstancias detectables en los individuos o en el ambiente que pueden causar daños en su salud, pueden ser producto de una condición biológica, herencia u originado por la condición de vida (estrato socioeconómico, vivienda, ocupación, escolaridad, etc.); y estar relacionados a comportamientos individuales o del estilo de vida.

Un grupo de factores pueden afectar el funcionamiento cardíaco y causar padecimientos del corazón o del sistema cardiovascular. Estos permiten identificar la población que, al tener las mismas características, podría estos problemas en los próximos años.



Tipos de factores de riesgo



Son varios los riesgos a los que estamos sometidos y que pueden desencadenar el desarrollo de enfermedades; estos pueden ser o no modificables. Los no modificables son aquellos que no pueden ser cambiados porque derivan de su herencia genética u otros aspectos no controlados; tales como:

- Edad
- Sexo
- Raza/Etnia
- Región donde se vive



Los modificables son aquellos que pueden ser cambiados por usted gracias a un proceso, éstos son:

- Malos hábitos alimenticios
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de drogas psicoactivas (cocaína, marihuana, etc.)
- Sedentarismo
- Educación
- Condiciones de vivienda

FUMAR CIGARRILLOS

El consumo de cigarrillo (o tabaquismo) aumenta el riesgo de padecer de cáncer de pulmón, enfermedades en el corazón y enfermedad en el sistema cardiovascular. Además, puede provocar irregularidades en el ritmo del latido del corazón y acelera el pulso, aumentando así el esfuerzo del corazón; aumenta la presión arterial, lo cual puede contribuir al padecimiento de ataques cerebro vasculares. Por otro lado, promueve el desarrollo de trombosis. Aumenta la necesidad de oxígeno del organismo, suponiendo una carga añadida para el corazón.



Es uno de los riesgos cardiovasculares más prevenibles en el mundo, tanto en el caso de los fumadores como en el de los dos fumadores.

EXCESO DE ALCOHOL

Entre los daños producidos por el exceso de consumo de alcohol se encuentra el aumento de la actividad cardíaca y de la presión sanguínea; además, inhibe la producción de glóbulos blancos y rojos, y sin la suficiente cantidad de glóbulos rojos para transportar oxígeno sobreviene la anemia. Por otro lado, es una de las causas del colesterol elevado, lo que contribuye a la aparición temprana de infartos.

Para que se pueda modificar este factor de riesgo se requiere de tres elementos: la voluntad del que presenta la conducta, el apoyo de la familia, y el

apoyo de un equipo médico o centro de rehabilitación competente.



Los cambios de comportamiento asociados al alcohol o cigarrillo son difíciles de lograr debido al alto grado de dependencia que éstos pueden generar en sus consumidores. Pero usted podrá considerar si los daños que causan a su salud son pocos para los beneficios momentáneos que le proporcionan.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

El índice de masa corporal es una medida de la situación nutricional utilizada para determinar el estado actual de salud en cuenta a su peso, esta se obtiene dividiendo el peso (en kilogramos) por la estatura al cuadrado (metro²); cuando es igual o mayor a 25 indica sobrepeso, cuando es igual o mayor a 30 indica obesidad. Esta es la medida más útil para la medición de este factor en la sociedad.

La obesidad es una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y contribuye al aumento de la presión arterial, de los niveles de colesterol, triglicéridos y predispone a la diabetes.



La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias cuando fluye por ella; la fuerza de bombeo que impulsa el movimiento es generada por los latidos del corazón, encargado de bombear la sangre por todo el

cuerpo. La hipertensión es producida por el aumento del volumen de sangre, el incremento en la fuerza de bombeo puede ser causada por la resistencia que las paredes de las arterias pueden oponer al flujo o por la influencia de hormonas que producen vasoconstricción

La hipertensión raramente presenta síntomas, puede ser padecida por años sin saberse, generalmente se manifiesta cuando está asociada a otros problemas de salud. Los síntomas de la hipertensión son: mareos, palpitaciones, dolor de cabeza y/o pecho, calor, ruboración. Por otro lado, la hipertensión a largo plazo puede producir daños en los riñones, en el caso de que las arterias que lo irrigen se vean afectadas; asimismo, puede producir daño ocular debido a la ruptura de capilares en la retina.



¿Cómo prevenir las enfermedades cardiovasculares?

- Evitar el uso de la sal en los alimentos.
- Evitar utilizar el aceite de cocina dos veces.
- Quitar la piel del pollo y retirar la grasa de la carne antes de consumirlos.
- Consumir más pescado fresco.
- Se deben ingerir frutas y verduras frescas, y no jugos envasados.
- Consumir alimentos cocidos o asados.
- Evitar el consumo de alimentos fritos; tales como arepas, empanadas, papas rellenas, etc.
- Las legumbres y cereales pueden consumirse sin problemas.
- Consumir café con moderación y evitar las bebidas con alta concentración de alcohol.
- Consumir la cantidad de calcio diaria que el cuerpo necesita (leche, yogures, flanes, quesos sin sal).
- No comprar alimentos ya preparados, ya que suelen condimentarlos con bastante sal, lo mismo ocurre con los enlatados en general.
- Si se sale a comer afuera, elegir un menú que esté integrado por ensaladas, pescado. Y si se elige algún plato con salsa, pediría aparte, para poder agregarla sin exagerar.

EJERCÍTATE, POR LO MENOS, DOS VECES POR SEMANA.

NO CONSUMAS ALIMENTOS CON MUCHO CONDIMENTO

COME LO QUE NECESITAS, CUANDO SIEMPRE QUE HAS LLEGADO AL LÍMITE, NO TE EXCEDAS.

DESEQUILIBRIO EMOCIONAL

Los antecedentes personales son factores de riesgo relacionados con las condiciones de vida y el comportamiento de los individuos, un ejemplo de ello es el estrés y la depresión. Algunos estudios han demostrado que si usted maneja niveles altos de estrés, ira, hostilidad y otras características de la personalidad, puede estar en mayor riesgo de padecer de hipertensión arterial.



Se sabe que el estrés contribuye a la manifestación de problemas cardíacos y el riesgo de muerte. La perturbación emocional, especialmente el enojo, es el "disparador" que se informa con más frecuencia en los casos de ataque cardíaco. Las personas sometidas a un mayor estrés y preocupaciones también tienen más problemas después de un ataque cardíaco.

El estrés puede producir varios efectos en el cuerpo; cuando está bajo presión, por ejemplo, los músculos se ponen tensos, la presión sanguínea aumenta y el corazón late más rápido, lo que hace que el corazón trabaje más. Hay una relación entre el desarrollo de la enfermedad cardíaca y los factores que a menudo producen estrés; las cuales pueden contribuir a la incidencia de hipertensión, colesterol alto, tabaquismo, ingesta excesiva de alimentos y falta de ejercicio, que pueden derivar en enfermedad cardíaca.



La depresión es otro factor de riesgo de enfermedad cardíaca. De hecho, las mujeres que están deprimidas tienen el doble de posibilidades de manifestar enfermedad cardíaca que las que no lo están. La depresión es común en hombres y mujeres por igual después de un ataque cardíaco.

¿Cómo manejarlos?

Los buenos hábitos de salud pueden tener un efecto protector contra el estrés y la depresión; la actividad física regular alivia el estrés y la depresión y reduce la posibilidad de manifestar enfermedad cardíaca. Participar en un programa de control de estrés podría disminuir las posibilidades de manifestar más problemas cardíacos para aquellas personas que ya hayan sufrido enfermedad cardíaca. Asistiendo a los programas de control de estrés puede encontrar nuevas formas de enfrentar los desafíos diarios; otras formas de reducir el estrés son:


- Respirar profundamente: esto ayuda a la relajación de los músculos.
- Cerrar los ojos y descansar.
- Pensar en cosas relajantes.
- Hacer ejercicio o salir a caminar.
- Comer bien: limitar los alimentos con grasas, azúcar y sal.
- Conversar con un amigo sobre sus problemas.
- Modificar las cosas que lo estresan.
- ¡Concentrarse en las cosas buenas que la vida le regala!

Si se descubre de ánimo caído o "triste" durante un tiempo, converse con su médico sobre cómo buscar ayuda; recuerde que la ayuda de sus familiares, amigos y otros pacientes cardíacos puede resultar útil. El ejercicio es excelente para ayudar a reducir la depresión y el estrés.

Verifique con su médico antes de tomar cualquier medicamento de venta libre, y solicítele a su equipo de atención médica o médico sugerencias adicionales sobre cómo controlar el estrés o la depresión.



ANEXO 6. AFICHES



**¡CUIDA TU MOTOR....
TU CORAZÓN!**

¿Cómo prevenir las enfermedades cardiovasculares?

- Evita el uso excesivo de sal en los alimentos.
- Evita utilizar el aceite de cocina dos veces.
- Quita la piel del pollo y retirar la grasa de la carne antes de consumirlos.
- Consume más pescado fresco.
- Ingiera frutas y verduras frescas.
- No jugos envasados.
- Consume alimentos cocidos o asados.
- Evita el consumo de alimentos fritos; tales como arepas, empanadas, papas rellenas, etc.
- Consume legumbres. Algunas de ellas son la lenteja, el frijol y la zaragoza.
- Consume café con moderación y evita las bebidas con alta concentración de alcohol.
- Consume la cantidad de calcio diaria que el cuerpo necesita (leche, yogures, quesos sin sal, etc.).
- No compres alimentos preparados, ya que suelen condimentarlos con bastante sal.
- Si se sales a comer afuera, elige un menú que esté integrado por ensaladas y pescado. Y si eliges algún plato con salsa, pídelo aparte para poder agregarla sin exagerar.

EJERCÍTATE, POR LO MENOS, DOS VECES POR SEMANA.

NO CONSUMAS ALIMENTOS CON MUCHO CONDIMENTO

COME LO QUE NECESITAS. CUANDO SIENTAS QUE HAS LLEGADO AL LÍMITE, NO TE EXCEDAS.

**¡CUIDA TU
MOTOR....
TU
CORAZÓN!**



¿CÓMO MANEJAR EL ESTRÉS?

Los buenos hábitos de salud pueden tener un efecto protector contra el estrés y la depresión. Algunos de ellos son:

- Respirar profundamente: esto ayuda a la relajación de los músculos
- Cerrar los ojos y descansar
- Pensar en cosas relajantes
- Hacer ejercicio o salir a caminar
- Comer bien: limitar los alimentos con grasas, azúcar y sal
- Conversar con un amigo sobre los problemas
- Modificar las cosas que lo estresan
- ¡Concentrarse en las cosas buenas que la vida le regala!
- Participar en un programa de control de estrés

Si se descubre de ánimo caído o "triste" durante un tiempo, converse con su médico sobre cómo buscar ayuda, recuerde que la ayuda de sus familiares, amigos y otros pacientes cardíacos puede resultar útil. El ejercicio es excelente para ayudar a reducir la depresión y el estrés.

Verifique con su médico antes de tomar cualquier medicamento de venta libre, y solicítele a su equipo de atención médica o médico sugerencias adicionales sobre cómo controlar el estrés o la depresión.